

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 65

Indications et technique de la Cholécystogastrostomie

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri MALOSSANE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Externe des Hôpitaux de Lyon

Diplômé de Médecine Légale et de Psychiatrie

Né le 24 Septembre 1905 à ROMANS (Drôme)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

INDICATIONS et TECHNIQUE
de la CHOLÉCYSTOGASTROSTOMIE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 65

Indications et technique de la Cholécystogastrostomie

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri MALOSSANE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Externe des Hôpitaux de Lyon

Diplômé de Médecine Légale et de Psychiatrie

Né le 24 Septembre 1905 à ROMANS (Drôme)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE
Assesseur M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
	TIXIER
	BERARD
	VORON
Clinique obstétricale et Accouchements	ROLLET
Clinique ophtalmologique	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEPINE (J.)
Clinique neurologique et psychiatrique	MOURIQUAND
Clinique des maladies des enfants	VILLARD
Clinique des maladies des femmes	COLLET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	GAYET
Clinique des maladies des voies urinaires	NOVE-JOSSERAND
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	CLUZET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	FLORENCE
Chimie biologique et médicale	MOREL
Chimie organique et Toxicologie	BRETIN
Matière médicale et Botanique	GUIART.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	LATARJET
Anatomie	POLICARD
Histologie	DOYON
Physiologie	FROMENT
Pathologie Interne	CADE
Pathologie et Thérapeutiques générales	FAVRE
Anatomie pathologique	PATEL
Chirurgie opératoire	ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	Etienne MARTIN
Médecine légale	COURMONT (P.)
Hygiène	SAVY
Thérapeutique	LEULIER
Pharmacie et Pharmacologie	PIERY
Hydrologie thérapeutique et climatologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POILLOSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BÉRARD, président ; ROCHET, assesseur ;
POLLOSON et GUILLEMINET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Que le souvenir de son immense tendresse nous guide dans l'accomplissement de notre tâche.

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES

A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE

L'absence douloureuse de notre mère n'a fait qu'accroître l'amour et le dévouement qu'il nous a sans cesse prodigués. Notre affection n'égalerà jamais toute la reconnaissance que nous lui devons.

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

Commandeur de la Légion d'honneur

Professeur de Clinique chirurgicale

Associé National de l'Académie de Médecine

Nous avons eu le privilège d'être son externe. Nous gardons le souvenir de la bienveillance qu'il nous a témoignée dans son service. Nous y avons suivi avec le plus grand intérêt ses leçons cliniques qui ont contribué largement à développer nos modestes connaissances chirurgicales.

Il a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous le prions de recevoir ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MALLET-GUY

Il nous a fourni les éléments de ce travail, nous en a indiqué le plan en nous faisant bénéficier de sa compétence toute particulière. De plus, il nous a obligeamment guidé au cours de l'élaboration.

Qu'il soit assuré de notre vive reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOVE-JOSSERAND

MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR COLLET

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A MES MAÎTRES ET A MES CHEFS
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

INDICATIONS et TECHNIQUE de la CHOLÉCYSTOGASTROSTOMIE

Introduction

La contribution que nous voulons apporter à l'étude de la cholécystogastrostomie est modeste.

Depuis une dizaine d'années, la question des anastomoses biliaires est sortie du demi-sommeil qui avait suivi les premières discussions entamées, du point de vue physiologique à son sujet.

Physiologie pathologique, et surtout problème des indications ont été l'objet de nombreux travaux récents.

Réservée pendant longtemps aux ictères par cancer du pancréas, la cholécystogastrostomie a vu s'étendre considérablement son domaine, d'une façon trop vaste, semble-t-il.

MM. Bérard et Mallet-Guy ont tenté une révision des indications nouvellement proposées à la cholécystogastrostomie. Ce sont leurs idées que nous développerons en précisant ce que sont les indications *légitimes* de cette opération.

Mais une telle discussion ne peut se faire qu'à partir de bases physiologiques sûres. Et c'est pourquoi

nous avons dû rappeler les données actuellement acquises à ce sujet.

Après avoir discuté les indications, nous indiquons une technique particulière grâce à laquelle le but de l'opération sera plus sûrement atteint.

Nous n'avons cité que quelques observations parmi celles que nous avons recueillies. Elles ne sont là, qu'à titre d'exemple pour illustrer telle donnée particulière de notre exposé. Nous n'avons pas voulu faire œuvre de statistique dans un domaine où souvent les documents sont encore rares et peu comparables entre eux.

Nous aimerions être sûr d'avoir développé comme il convient les idées de nos Maîtres, Monsieur le Professeur Bérard et Monsieur le Docteur Mallet-Guy. Monsieur le Docteur Mallet-Guy nous a toujours répondu avec empressement, chaque fois que nous avons sollicité ses conseils éclairés pour l'élaboration de notre thèse. Il a droit à toute notre reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Rappel physiologique

La cholécystogastrostomie a connu des débuts difficiles. Si, aujourd'hui, elle occupe la première place en matière d'anastomose vésiculaire, il faut surtout en rendre hommage à Jaboulay, à l'Ecole Lyonnaise.

Fait paradoxal, cette opération qui fut d'abord combattue au nom de la physiologie, fut réhabilitée par les physiologistes eux-mêmes. C'est que le dogme classique de l'arrêt de la digestion gastrique, par l'arrivée de la bile dans l'estomac, était le point de départ erroné des arguments apportés, contre l'opération.

Jaboulay fut le seul chirurgien qui, pendant longtemps, s'inspirant de ces données, pratiqua systématiquement l'abouchement de la vésicule dans l'estomac pour les cas « d'occlusion irrémédiable et directement incurable du cholédoque ». Avec ses publications, les travaux de Duchamp, de Patel, la thèse de Perrin, montrèrent, il y a vingt-cinq ans, l'excellence des résultats.

Jaboulay eut peu d'imitateurs. Néanmoins, grâce à ses travaux, l'opération ne fut pas abandonnée. Les Américains en reprirent l'étude, et reconnurent qu'elle constituait la plus rationnelle des anastomoses biliaires. En même temps, les publications lyonnaises de MM. Delore et Wertheimer, Villard et Richer, de M. Cotte, montrèrent, qu'à Lyon, elle avait toujours conservé droit de cité. Au Congrès Français de Chirurgie de 1923, avec MM. Villard et Mathieu, la cause de la cholécystogastrostomie fut définitivement gagnée dans un accord unanime. Les indications alors se multiplièrent en même temps que la physiologie était mieux connue ; et, dans ce domaine, les travaux expérimentaux, puis les travaux cliniques poursuivis depuis plusieurs années, sous l'inspiration du Professeur Bérard, par M. Mallet-Guy, ont apporté à l'étude de la question, une large contribution et précisé les bases physiologiques de l'intervention.

De fait, les indications rationnelles « légitimes » de la cholécystogastrostomie, ne pouvaient être tirées que de son étude physiologique. Comment fonctionne une anastomose cholécystogastrique ?

Dans sa thèse sur « les pancréatites chroniques avec ictère », M. Mallet-Guy exposa un premier essai de physiologie des bouches de cholécystogastrostomie. Il reprit la question avec M. Beaupère, d'une part, et M. J. Barbier d'autre part, apportant des précisions sur l'étude radiologique, et, mettant en valeur l'exploration du milieu gastrique au tube d'Einhorn. Leurs conclusions, qui serviront de base à notre discussion furent d'un précieux intérêt, soit qu'elles aidèrent

beaucoup à résoudre les nombreux points encore litigieux soit qu'elles permirent d'élucider les notions obscures ou ignorées.

Nous résumons les solutions apportées aux questions qui nous ont paru capitales pour la discussion des indications opératoires.

Première question : L'anastomose est-elle perméable ? —

Ce premier point n'intéresse que de loin notre étude. Il est cependant intéressant de savoir que, grâce aux méthodes utilisées par les auteurs, il sera généralement possible d'être renseigné sur la perméabilité de l'anastomose.

Deuxième question : Le milieu gastrique n'est-il pas modifié ? —

Ce problème, qui a fait couler beaucoup d'encre est maintenant résolu : le trouble apporté au fonctionnement de l'estomac est insignifiant. Il n'y a aucune modification du transit gastrique. Le milieu gastrique reste toujours acide quelle que soit la quantité de bile dans l'estomac. Bien plus, chez une opérée de M. Cotte, on a noté un état d'hyperacidité gastrique à deux grammes.

Troisième question : Comment se fait l'excrétion biliaire ?

Les notions obtenues par MM. Mallet-Guy et J. Barbier au cours des recherches faites sur six opérés de cholécystogastrostomie, sont les suivantes :

a) dans deux cas sur six : la vésicule se vidait comme un tonneau percé, l'estomac contenait en permanence de la bile presque pure.

b) dans trois autres cas : on notait l'établissement du jeu normal de l'excrétion biliaire au niveau de la bouche anastomotique.

c) chez un sixième malade : l'orifice cholécystogastrique ne fonctionnait plus.

De ces constatations les auteurs tirèrent les conclusions suivantes :

Parfois la cholécystogastrostomie réalise un drainage biliaire (fistules incontinentes).

Parfois elle excrète la bile de façon intermittente (fistules continentes).

Parfois elle s'oblitére.

Ainsi, abstraction faite des cas assez exceptionnels où la fistule s'oblitére, il existe des fistules cholécystogastriques incontinentes et des fistules continentes. Etudions-en rapidement les caractéristiques physiologiques.

1) *Fistules continentes.*

Une sonde d'Einhorn étant à demeure dans l'estomac, le premier prélèvement (malade à jeun) ramène un liquide bilieux très teinté.

2) *Fistules continentes.*

La sonde ne ramène aucun liquide à jeun. Ces fistules s'ouvrent par intermittence. Le déclenchement de ces chasses biliaires peut être provoqué, soit en mettant directement en jeu la sécrétion gastrique, soit en injectant une solution concentrée de bicarbonate de soude, par la méthode du tubage gastro-duodénal. Cette méthode permettant de comparer l'excrétion biliaire duodénale à l'excrétion gastrique, on pourra parfois noter la réapparition éventuelle de

l'excrétion cholédocienne par les voies normales, traduisant ainsi la guérison de l'obstacle. Dans les syndromes vésiculaires purement douloureux, on notera une excrétion partagée entre la fistule et l'ampoule de Vater.

En résumé, on ne peut pas compter sur la cholécystogastrostomie pour assurer un drainage biliaire : L'incontinence de la fistule, condition essentielle d'une action de drainage, n'existait que deux fois sur six, dans les cas dont nous avons fait mention.

Enfin, autre point, relatif à l'excrétion biliaire dans ces anastomoses, MM. Bérard et Mallet-Guy sont d'avis qu'elles doivent parcourir successivement ces trois stades (fistules incontinentes, continentes, oblitérées) et que, sans doute, « très précocement s'ins-
« talle cette excrétion intermittente, évidemment
« préjudiciable à l'action de drainage, mais émi-
« nemment désirable si l'on se place au seul point de
« vue de la dérivation biliaire. »

Quatrième question : Le milieu vésiculaire est-il modifié, n'y a-t-il pas reflux alimentaire dans la vésicule ? —

De fait, le reflux de la bouillie barytée dans la vésicule, fut constaté 5 fois sur 7 par M. Mallet-Guy. En tout cas, jamais il n'observa, pas plus qu'il n'est signalé, le reflux dans les voies biliaires principales.

Ainsi, ce reflux alimentaire existe et l'on comprend pourquoi, suivant l'expression de MM. Bérard et Mallet-Guy, au vieux « débat gastrique » du temps de Jaboulay, s'est substitué le « débat vésiculaire ».

Effectivement, ce reflux alimentaire dans la vésicule peut être dangereux, et c'est pourquoi certains auteurs crurent devoir préconiser une anastomose cholécystoduodénale, en condamnant, du même coup, la cholécystogastrostomie. Mais l'expérience démontra bien vite, qu'une anastomose duodénale, n'était pas moins dangereuse. D'abord, comme l'ont démontré MM. Bérard et Mallet-Guy (Journal de chirurgie, mars 1928), le siège duodénal de l'anastomose n'intervient pas pour la préserver d'un reflux alimentaire. D'autre part, les conditions anatomiques dans lesquelles on est obligé de la réaliser sont moins bonnes que pour l'anastomose gastrique, en même temps que s'y ajoutent de sérieuses difficultés de technique. (Cf. chap. V, à propos de la technique). Ainsi, la cholécystogastrostomie fut conservée par les Lyonnais, malgré les attaques du Professeur O. Lambret, de Lille (Société de chirurgie de Paris, 29 juillet 1927). Seulement, ces dernières années, MM. Bérard et Mallet-Guy ont étudié et mis au point une technique opératoire nouvelle qui, comme nous le verrons plus loin, permet de réduire au minimum ce danger de reflux.

En résumé, l'histoire de la physiologie de la cholécystogastrostomie, et les données acquises dans des recherches expérimentales et cliniques, constituent une plaidoirie éloquentes en faveur de cette opération. Avant d'aborder le chapitre des indications, nous croyons devoir rappeler les points essentiels que nous considérons comme définitivement acquis et qui serviront de base à notre discussion des indications.

1) La création d'une anastomose cholécystogastrique ne modifie en aucune façon, ni le travail gastrique, ni l'acidité du milieu gastrique.

2) L'anastomose cholécystogastrique est, des anastomoses biliaires, celle où le danger de reflux alimentaire est le moindre.

3) Notion de la plus haute importance : il ne faut pas compter sur la cholécystogastrostomie pour assurer un drainage biliaire. Par suite, il est logique de penser qu'elle peut être uniquement une excellente opération de dérivation.

CHAPITRE II

Historique des indications

Parallèlement aux théories, appuyées ou non par des travaux expérimentaux ou cliniques, les indications évoluèrent ; si bien qu'aujourd'hui, on peut diviser en deux périodes l'histoire des indications de la cholécystogastrostomie.

La première période va de Jaboulay jusqu'en 1920, la seconde, depuis 1920.

Première période. — Indications classiques. La cholécystogastrostomie est, avec Jaboulay, considérée uniquement en tant qu'opération de dérivation biliaire, et réservée, suivant sa formule, aux « occlusions complètes, directement irrémédiables du cholédoque ». Le cas typique, c'est évidemment le cancer du pancréas : l'occlusion s'y définit complète et directement irrémédiable. Il ne peut en effet, pas être question d'agir chirurgicalement sur la cause de l'obstruction.

Il va sans dire que considérée dans ce cadre étroit, la cholécystogastrostomie est alors envisagée comme une opération de pis-aller et fut jugée simplement comme « une défaite chirurgicale », en tout cas comme une « retraite honorable ».

Deuxième période. — Indications nouvelles depuis 1920. Sous l'impulsion de nombreux travaux américains, l'anastomose est remise en honneur. Cette réhabilitation est due surtout à ce que, tout en étant réservée aux ictères cancéreux, elle fut inconsciemment pratiquée pour des pancréatites que l'on croyait être des néoplasmes. Or, on eut parfois dans ce domaine des résultats tout à fait inattendus.

Devant ces succès, de nouvelles indications surgissent. Et, suivant MM. Villard et Richer, ces indications se rattachent à deux buts, que l'on supposa devoir être atteints par l'anastomose.

Drainage des voies biliaires.

Modification du milieu gastrique.

1) En ce qui concerne la partie drainage, qui appelle immédiatement la question du Traitement des Pancréatites, nous nous réservons de la discuter sous cette rubrique.

2) Quant à la modification du milieu gastrique supposée réalisable par la cholécystogastrostomie, elle impliquait la guérison de l'ulcère de l'estomac et des états hyperchlorhydriques. Nous verrons ce qu'il faut en penser.

3) Enfin, on proposa l'anastomose dans les angiocholites et les cirrhoses biliaires avec ictères où l'on

eut parfois des essais heureux (Cotte) ; dans les ictères par tumeur des voies biliaires principales.

4) Plus récemment et notamment à l'Ecole Lyonnaise, on s'est attaché à l'étude des états vésiculaires douloureux en dehors de la lithiase. Les publications de M. Mathieu et de M. Cotte, la thèse de Latreille, l'étude très complète qu'en ont donné MM. Bérard, Savy et Mallet-Guy (*Revue Médico-Chirurgicale des Maladies du Foie*, mars 1928), ont contribué à agrandir notablement le domaine de la cholécystogastrotomie qui, grâce à Jaboulay, n'était pas tombée dans l'oubli.

Cette extension est-elle justifiée ?

C'est ce que nous allons étudier, en rappelant cependant que la cholécystogastrotomie est exclusivement une opération de dérivation, et que, d'autre part, non seulement elle ne résoud pas l'état infectieux pancréatique, mais favorise l'infection ascendante.

En tout cas, l'expérience a montré qu'elle était la meilleure opération de dérivation biliaire, lorsque, toutefois certaines conditions sont satisfaites. Ces conditions, devenues classiques, doivent nécessairement être observées dans chaque cas. Et c'est pourquoi nous les écrivons en prélude de l'étude de la valeur de l'opération dans chacune des indications proposées.

Première condition : la vésicule doit être perméable et suffisamment saine pour permettre l'anastomose (la présence de calculs de la vésicule n'est pas une contrindication « a priori »).

Deuxième condition : il faut que soient perméables :

Le canal cystique.

Le confluent hépato-cystique.

Le pylore.

CHAPITRE III

Indications anciennes de la cholécystogastrostomie. Les ictères par rétention

L'on ne sera pas surpris si au cours de ce chapitre, nous n'envisageons pas le traitement des lithiases du cholédoque. Nous jugeons inutile d'insister sur ce fait que la cholécystogastrostomie préconisée autrefois pour leur traitement n'est plus de mise aujourd'hui.

La cholécystogastrostomie dans les ictères par cancer du pancréas

La cholécystogastrostomie, opération de dérivation biliaire, trouve là son indication optima. La formule de Jaboulay n'est d'ailleurs plus discutée aujourd'hui.

Seulement, actuellement, on conseille de ne pas la différer, comme autrefois, jusqu'à l'apparition des

signes d'insuffisance hépatique ; car, à ce stade, elle peut se compliquer de graves hématémèses ; d'autre part, on ne peut alors — et parfois exceptionnellement — que la réaliser en deux temps, en pratiquant d'abord une cholécystostomie.

Que dire des résultats ? Ils sont habituellement bons ; évidemment de façon temporaire. Des complications infectieuses redoutables peuvent être entraînées parfois, par l'évolution d'une sténose duodéno-pylorique par la tumeur pancréatique (Cf. observation II).

La survie post-opératoire est de durée variable. Le plus souvent, après une amélioration de l'état général qui a duré juste quelques mois après la disparition de l'ictère, le malade est emporté par une cachexie rapide et progressive ; dans ces conditions, le seul résultat appréciable a été le soulagement du malade par la disparition d'un prurit intolérable.

Parfois une amélioration notable accompagne la disparition de l'ictère, le malade reprend du poids à tel point qu'on peut le croire guéri, mais bien vite l'existence d'une ascite et la réapparition de la cachexie traduisent la production d'une métastase.

Ces faits là sont incontestablement les plus fréquents. Cependant il existe, dans la littérature des cas de survie prolongée. M. Mallet-Guy dans sa thèse en a réuni une petite statistique :

7 mois (Tavernier) ; 9 mois (Delore, Cotte) ; 13 et 14 mois (Santy) ; 14 mois (Jaboulay) ; 15 mois (Tedenat, Leriche) ; 24 mois (deux cas de Kehr).

En règle générale, il semble exceptionnel, qu'après

dix-huit mois, les signes précurseurs de l'évolution fatale, n'apparaissent point (métastases, tumeur abdominale perceptible).

Nous donnons ci-dessous, à titre d'exemples, trois observations qui permettront d'illustrer les notions que nous venons d'exposer.

OBSERVATION I

*Cholécystogastrostomie pour cancer du pancréas.
Bon résultat postopératoire. — Mort par métastase.*

P..., âgé de 39 ans, se présente le 10 septembre 1928 dans le service de M. le Professeur Bérard, avec un ictère franc.

Antécédents pathologiques nuls : santé parfaite jusqu'en juillet dernier.

Une nuit, brusquement, le malade a ressenti une douleur dans l'hypocondre droit, accompagnée de vomissements alimentaires et bilieux. Pas de température. L'ictère se constitue immédiatement. Depuis cette date, l'ictère n'a pas rétrocedé, mais a présenté des rémissions.

A l'entrée : ictère généralisé avec décoloration des matières ; urines acajou ; prurit ; bradycardie à 50. La vésicule n'est pas perçue nettement, mais semble hypertrophiée ; pas de point douloureux vésiculaire.

Intervention le 16 septembre (Docteur Mallet-Guy, Desjacques, Denis).

Rachi-anesthésie ; incision oblique sous-costale. On trouve un foie débordant de 4 travers de doigt le rebord costal ; aspect normal. La vésicule est très grosse ; son fond dépasse de 8 cm. le rebord du foie, adhérente au grand épiploon, sans lésions inflammatoires pariétales ;

pas de calculs à l'intérieur. La voie biliaire principale est obstruée par un obstacle au niveau de la tête du pancréas. Obstacle constitué par une masse du volume d'une noix à contours irréguliers, mamelonnés, se déplaçant en bloc avec la tête du pancréas. Devant l'absence de lésion inflammatoire, on pratique une *cholécystogastrotomie* à la suture à 3 plans.

Suites opératoires excellentes : Le malade a eu un seul vomissement bilieux la première nuit. Depuis, digestion parfaite ; l'ictère céda rapidement ; disparition du prurit le jour même de l'intervention.

Ablation des fils le 25 septembre. Cicatrisation per primam. Tubage duodénal montre ensuite un écoulement biliaire normal. Pas de diminution de l'acidité gastrique.

Le 16 novembre, l'opéré pèse 62 kilogs. Bon appétit ; digère tout ; reprend ses forces. Ictère complètement disparu. Quelques vagues douleurs sans rapport avec l'alimentation.

Or, le 11 décembre 1928, le malade est mort d'une *métastase hépatique*.

Cette observation, tout à fait caractéristique, montre que le résultat peut sembler tout à fait bon pendant quelque temps, mais que, la maladie, suivant son cours, le malade finit par succomber.

OBSERVATION II

M. le Professeur Patel (1922)

(In thèse Mallet-Guy)

Cette observation, rapportée par M. le Professeur Patel, concerne une malade qui fut opérée par M. Villard, en janvier 1921, pour un cancer du pancréas. Mais la cholécystogastrotomie pratiquée n'empêcha pas l'apparition d'accidents graves de sténose pylorique en août 1921, et pour lesquels M. le Professeur Patel dut prati-

quer une gastro-entérostomie. La malade succomba fin septembre 1921 à des poussées d'infection hépatique dues vraisemblablement à la septicité du contenu stomacal par suite de la sténose pylorique.

OBSERVATION III

Rapportée par Tuffier en 1905

(In thèse Mallet-Guy)

*Cas exceptionnel de survie prolongée
après cholécystogastrostomie pour cancer du pancréas*

Ce malade, âgé de 50 ans, avait été présenté en 1903 à la Société de Chirurgie avec le diagnostic de « péri-cholécodocite ou pancréatite chronique » et trois semaines après la cholécysentérostomie, l'opéré sortait guéri. La santé redevint parfaite, il reprit son travail : je le vis plusieurs fois dans l'année qui suivit, et 18 mois après mon intervention, lors de sa dernière visite, il était tellement robuste, que je n'hésitais pas à le regarder et à le citer comme un exemple de pancréatite chronique. Cet homme est revenu dans mon service les premiers jours de décembre 1905. Il présentait un épithélioma venant faire chou-fleur à la peau, après avoir envahi toute la cicatrice. La tumeur se prolongeait profondément dans l'abdomen ; il n'y a pas de doute qu'il se soit agi ici d'un cancer du pancréas propagé le long du tissu cicatriciel de mon opération. Le malade n'avait pas d'ictère, pas encore d'amaigrissement. Il est en ce moment soumis aux rayons X. Tout ce que l'on pourrait tenter comme hypothèse si l'on voulait rejeter l'opinion d'un épithéliome existant en 1903, c'est que le cancer s'est développé sur une pancréatite chronique, mais, sur ce point, je ne voudrais rien affirmer.

Cette observation toute exceptionnelle qu'elle soit, montre au contraire des précédentes qui sont la règle, la longue latence de ces cancers, et permet même de se demander, à l'instar de Tuffier, si de telles tumeurs ne se sont pas développées secondairement à la suite d'un état inflammatoire du pancréas.

La cholécystogastrostomie dans les pancréatites chroniques avec ictère

La thèse de M. Mallet-Guy sur les « Pancréatites chroniques avec ictère » (Lyon 1925) et les travaux ultérieurs de MM. Bérard et Mallet-Guy, nous ont permis d'écrire les lignes qui vont suivre. Sans de tels documents, nous n'aurions pas pu tenter une mise au point de cette question qui ne fut pas la moindre, par les controverses qu'elle a suscitées.

Nous n'avons pas prétendu faire œuvre nouvelle ; mais nous avons seulement voulu développer une opinion aujourd'hui généralement admise, à savoir que la cholécystogastrostomie ne doit pas être considérée comme le traitement de choix des pancréatites chroniques avec ictère. S'il fut une période où on la pratiqua systématiquement, il faut en incriminer :

a) les guérisons souvent inespérées, obtenues dans certains cas et l'ignorance des conditions de fonctionnement des anastomoses cholécystogastriques ;

b) les difficultés et l'incertitude du diagnostic.

Or, la cholécystogastrostomie, opération physiolo-

gique par excellence, de dérivation biliaire, pleinement indiquée dans les cas où l'obstacle est constitué par une lésion définitive, incurable, ne l'est pas, par contre, dans les pancréatites chroniques.

Elle n'est pas une opération de drainage qui permette de résoudre l'inflammation du pancréas et de la vésicule.

Rappelons-le encore, deux fois sur six opérés seulement, MM. Mallet-Guy et J. Barbier ont trouvé une fistule incontinente, condition essentielle du drainage. A ce propos, il est utile, croyons-nous, de citer ici, une observation de MM. Delore et Savy où, malgré l'anastomose « l'inflammation pancréatique persista et loin de guérir, entraîna une suppuration massive de la tête du pancréas, et une suppuration sous-phrénique, signe de la cellulite profonde qui toujours, s'associe à l'inflammation du pancréas. »

OBSERVATION IV

(MM. Delore et Savy)

(In thèse Mallet-Guy)

H..., 51 ans, entré à l'hôpital pour ictère chronique progressif.

Rien à retenir dans ses antécédents.

Depuis 8 mois, se plaint de quelques troubles digestifs. Il y a 1 mois, apparition d'un ictère qui est allé en s'accroissant de plus en plus. Jamais de température. Cachexie très marquée.

Examen somatique négatif.

Examen radioscopique : lacune de la partie moyenne de l'estomac, qui fait penser à un néoplasme.

Intervention le 23 août 1923.

Laparotomie oblique sous-costale droite.

Estomac normal ; vésicule énorme. Induration en arrière de l'antra pylorique : on pense à un cancer de la tête du pancréas. *Cholécystogastrostomie.*

Suites opératoires normales. L'ictère disparaît. Mais trois mois après, douleurs post-prandiales (2 h. après les repas) et vomissements fréquents.

Le 12 février 1924 : 2^e intervention.

Grand estomac épaissi. Induration du pancréas se continuant le long du corps jusqu'à la queue, on en prélève un fragment pour examen histologique. *Gastro-entérostomie.*

Suites : Le malade mange un peu, mais continue à souffrir des reins et de l'abdomen.

Mort le 4 avril 1924.

Autopsie : Absès sous-phrénique gauche.

Nombreuses adhérences dans la région gastro-pancréatique. L'ouverture de la vésicule abouchée à l'estomac est large et perméable. Le duodénum est comprimé par une tumeur de la tête du pancréas du volume d'une mandarine.

Examen histologique du fragment prélevé : *pancréatite interstitielle.*

Une observation analogue a été rapportée à la Société Nationale de Chirurgie par MM. Desplas et P. Lubin, le 25 juin 1930.

OBSERVATION V

(MM. Desplas et Lubin)

Cholécystogastrostomie pour pancréatite chronique. — Guérison. : — Mort consécutive à des accidents de pancréatite suraiguë.

Mme D..., 44 ans, vient consulter le 18 juin 1922 pour crises douloureuses de l'hypocondre droit qui durent depuis un an et depuis six mois sont à l'état subintrait.

Antécédents : opérée d'appendicite en 1912. Une grossesse normale ; pas de fausse couche ; pas de typhoïde. Depuis 1921, subictère avec matières partiellement décolorées et urines pigmentées. Pas de fièvre. Les crises douloureuses sont très violentes, ombilicales, sans irradiations classiques. Au début de juin 1922, crise extrêmement violente, sans fièvre, ni frissons ; pas d'aggravation du subictère.

Examen : bon état général. Poids : 62 kgs. Amaigrissement de 6 kgs. Foie gros ; vésicule grosse, douloureuse et mobile. Abdomen souple. Douleur aiguë sur la vésicule et zone douloureuse péri-ombilicale. Température entre 37° et 38°.

Diagnostic : *cholécystite calculeuse* avec cette réserve que les douleurs violentes, profondes, prolongées, continues, impossibles à calmer, font penser à une réaction pancréatique.

Intervention le 22 juin 1922 (Docteur Desplas).

Grosse vésicule bleuâtre, non altérée, sans péricholécystite. Adhérence légère au mésocôlon. Ponction de la vésicule : 200 gr. de bile vert foncé. Ni calcul, ni boue biliaire. Cystique normal. Cholédoque légèrement dilaté, sans calcul. Pancréas dur, irrégulier ; tête grosse comme une orange, dure, irrégulière, bosselée, donnant au toucher l'impression d'une maladie kystique de Reclus. Vascularisation intense. Deux ganglions latéro-cholédociens. On pense à une pancréatite chronique primitive, et en l'absence de réaction thermique, on ne fait pas de cholécystostomie, redoutant la durée de la fistulisation. *Cholécystogastrostomie* large. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires simples : température à 38°2 qui, le 3^e jour, est normale. Disparition des douleurs, du subictère. Recoloration des matières.

La malade sort le 14^e jour en très bon E. G.

Revue en octobre 1922 : a pris 12 kilogs ; ni douleur, ni jaunisse.

En 1923 : bonne santé, ne souffre pas.

Un peu plus de 2 ans après, le 5 novembre 1924, après une journée normale, brusquement, le soir, violente douleur épigastrique, vomissements. Douleur irradiée à tout l'abdomen, atroce, continue.

Le lendemain, on fait le diagnostic de réaction péritonéale aiguë. Examinée par le Docteur Lubin : faciès tiré, yeux excavés. La paroi abdominale relativement souple dans toute la portion sous-ombilicale, se défend dans la région épigastrique et dans l'hypocondre droit et gauche. Température à 39°6. Pouls petit difficilement perceptible à 84.

Puis l'état général empire : agitation, respiration courte, pouls imperceptible. Pas de contracture de la paroi. Le Docteur Mondor diagnostique une pancréatite aiguë.

Intervention (Docteur Lubin, Docteur Mondor).

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Dans la cavité péritonéale, liquide grassex, bouillon sale. Face inférieure de l'épiploon tout entière grenue, sans tache de bougie. Sur la face antérieure du pancréas, taches blanches de nécrose. À ce moment de l'exploration, la malade meurt.

Examen anatomo-pathologique et bactériologie. Cystostéatonécrose sur les fragments pancréatiques et épiploïques.

Dans le liquide : colibacilles.

Autopsie : liquide péritonéal grassex, brunâtre, non hémorragique. *Vésicule* fortement adhérente à la première portion du duodénum et à l'estomac ; parois épaisses contenant une vingtaine de petits *calculs noirâtres* du volume d'un pois.

Cholédoque un peu dilaté, sans calcul.

Le foie ne présente rien de particulier.

Pancréas : volumineux, dur, grisâtre. Surface grenue. Taches de bougie.

Epiploon : taches de stéatonecrose.

Rate : molle, légèrement augmentée de volume.

On a donc trouvé entre autres lésions, une vésicule lithiasique. Or, au moment où on avait pratiqué la cholécystogastrostomie, la vésicule était sans calculs, avec des parois normales.

En somme, dans ce cas, *la cholécystogastrostomie pour pancréatite chronique a eu comme conséquence de provoquer une cholécystite lithiasique, et n'a pas empêché le déclenchement d'un drame pancréatique mortel, trente mois après sa réalisation.*

Au danger de non-résolution de l'inflammation pancréatique par insuffisance de drainage, s'ajoute celui de *l'infection ascendante* que l'on devra redouter en permanence, et qui mérite d'être prise en considération, ainsi que le témoigne une observation rapportée à la Société de Chirurgie de Lyon en 1930 par le Docteur Santy : « Au lieu d'une réaction inflammatoire discrète par le mécanisme du reflux gastrique dans la cavité vésiculaire, on assista à une angiocholite suppurée. »

Dans ces conditions, comment expliquer que l'on ait opéré, et que, aujourd'hui encore, malgré les données physiologiques acquises, certains continuent à faire des anastomoses cholécystogastriques aux malades atteints de pancréatite chronique avec ictère ?

Ceci s'explique d'abord par les difficultés du diagnostic même opératoire de ce syndrome, ainsi que le prouve l'observation de Tuffier que nous avons

citée à propos du traitement du cancer pancréatique : malade porteur d'un cancer qui fut longtemps considéré comme un exemple de pancréatite chronique parce que sa guérison s'était maintenue pendant deux ans au delà de tout espoir.

En effet, comme nous allons le voir, la grande difficulté du diagnostic des pancréatites, tient essentiellement à leur similitude de symptomatologie avec le cancer du pancréas ; souvent même, à l'intervention, il est difficile de se prononcer sur la nature de la tumeur.

Comme le traitement à appliquer dépend de ce diagnostic, il est tout de même nécessaire d'insister un peu sur la marche à suivre pour y arriver.

Nous allons étudier successivement le diagnostic clinique, le diagnostic opératoire, en nous aidant largement, pour cela, de l'exposé qu'en a fait M. Mallet-Guy dans sa thèse.

I. — DIAGNOSTIC CLINIQUE.

Toute l'analyse consistera à découvrir les signes qui permettront de mettre en doute la nature néoplasique de la tumeur découverte à l'intervention :

1° *Notion d'un ictère non néoplasique : 3 cas. —*

a) Dans certains cas, le seul diagnostic à faire est celui de calcul cholédocien ;

b) Parfois, au syndrome cholédocien net s'ajoute une grosse vésicule ; mais trop de signes plaident encore en faveur du calcul, bien que l'on soit là en contradiction avec la loi de Bard et Pic ;

c) Dans d'autres cas, les antécédents vésiculaires

sont nuis. Il faut fouiller beaucoup le passé du malade, tenir compte des variations de l'ictère, noter une contracture localisée de la paroi. Il est rare qu'ainsi une réserve ne puisse être faite en faveur d'un calcul. L'âge, même, peut rendre inacceptable l'idée d'un cancer pancréatique, que les recherches cliniques semblent imposer.

2° *Absence de tout signe de certitude du cancer.* —

Le néoplasme ne pourra être affirmé de façon formelle que si l'on a des signes de certitude (généralisation hépatique, ascite cancéreuse, hémorragies occultes); on a, en effet, signalé des « formes pseudo-lithiasiques » de la pancréatite chronique avec ictère.

L'amaigrissement même ne peut être considéré comme un signe formel.

3° *Les épreuves de laboratoire ?* — Elles ne donnent rien, semble-t-il, avant l'intervention. Cependant, M. le Professeur Bard avait signalé l'intérêt que présentait l'analyse du milieu gastrique; l'hypochlorhydrie étant fréquente dans le cancer pancréatique.

En fait, cliniquement, c'est le diagnostic de lithiase cholédocienne qui est fait le plus souvent, ou bien, on hésite entre l'hypothèse de lithiase et celle de cancer, et souvent cette hésitation fait pencher pour une pancréatite. Ce qui n'empêche pas parfois des erreurs, l'association de signes inflammatoires et de signes du cancer, pouvant se rapporter aux lésions les plus diverses.

Si le diagnostic clinique n'a pu être fait, pourra-t-on faire un diagnostic opératoire ?

II. — DIAGNOSTIC OPÉRATOIRE.

Au préalable, on aura éliminé la possibilité d'une tuméfaction pancréatique symptomatique d'un calcul ou d'un obstacle vatérien.

Nous ne croyons pas devoir insister ici sur les gestes chirurgicaux qui permettent la découverte du calcul cholédocien ou ampillaire. Quant au cancer de l'ampoule de Vater, dont nous reparlerons à la fin du chapitre, à propos des indications « anciennes » de la cholécystogastrostomie, il peut être déjà soupçonné à l'examen clinique ; il constitue, d'autre part, un diagnostic plus rare, car il donne moins de réactions inflammatoires de la tête du pancréas.

Le diagnostic opératoire entre pancréatite et cancer du pancréas sera facilité par l'observation des données suivantes :

a) La découverte, au niveau du foie, de noyaux de généralisation ; l'existence d'une ascite hémorragique ou l'envahissement des parties voisines, permettent d'affirmer le cancer ;

b) La constatation d'une tumeur de dureté extrême, bosselée, accompagnée de ganglions, n'implique pas plus l'idée d'un cancer que celle d'une inflammation chronique. Cependant, si, à cela, s'ajoute la notion d'un ictère progressif, sans fièvre, chez un sujet âgé, le diagnostic du cancer s'imposera. S'il s'agit, au contraire, d'un sujet jeune, qui a présenté des signes de lithias cholédocienne, le diagnostic restera incertain ;

c) Enfin, l'existence d'une vésicule lithiasique ne permet pas de nier le cancer.

M. le Professeur Bard lui-même admettait la possibilité de la coexistence de la cholécystite calculieuse avec un cancer pancréatique.

d) Pour M. Mallet-Guy, on pourra affirmer la *pancréatite chronique dans les cas suivants* :

« 1° Ictère évoluant depuis un an et demi ;

« 2° Syndrome ancien du type lithiasique que n'explique pas l'état des voies biliaires ;

« 3° Inflammation subaiguë massive de la tête du pancréas ;

« 4° Pancréatite totale symétrique ;

« 5° Biopsie faite en pleine tumeur. »

Cette biopsie, qui paraît comme un élément de différenciation de la plus haute valeur, a cependant été vivement attaquée : 1° elle ne serait pas sans dangers pour le malade ; 2° l'examen histopathologique de la glande ne permet pas toujours de conclure, et, d'après M. le Professeur Favre, le diagnostic des néoplasies avec certaines réactions du type inflammatoire, présenterait de réelles difficultés.

En définitive, M. Mallet-Guy envisage comme suit *le schéma général du diagnostic de la pancréatite chronique avec ictère*.

Une première étape clinique consistera à acquérir, d'une façon plus ou moins certaine, cette notion que l'obstruction biliaire en cause est probablement due à une lithiasie cholédocienne.

Le second stade opératoire devra faire justice de cette hypothèse de façon formelle, et arriver au diagnostic de tumeur de la tête du pancréas : la notion de pancréatite chronique avec ictère se dégage,

d'une part, de l'absence de tout signe de certitude de cancer ; d'autre part, de la *contradiction entre le diagnostic clinique, et les conclusions opératoires, contradiction qui est le propre du syndrome pancréatite chronique avec ictère.*

Le plus souvent, croyons-nous, l'observation de cette ligne de conduite permettra de faire le diagnostic de la nature de la tumeur pancréatique. Cependant, il serait osé d'affirmer qu'elle mettra toujours le chirurgien à l'abri de l'erreur. S'il étiquette cancer, ce qui est en réalité une pancréatite, il doit logiquement, pratiquer une cholécystogastrostomie : dans les cas heureux, le malade ayant échappé à une infection ascendante, et la pancréatite s'étant résolue, on assistera, contre tout espoir, à une « survie prolongée » du malade qui, de nombreux mois après, sera considéré comme définitivement guéri.

C'est ce test « survie prolongée », accompagné de la résolution pancréatique, qui aura permis ce diagnostic post-opératoire.

Mais quand pourra-t-on parler de *guérison définitive* ? M. Mallet-Guy a envisagé la question de la façon suivante :

En prenant, non pas la date de la mort, mais celle des premiers signes de déchéance qui précèdent en général de 6 mois la terminaison des cancers à forme lente, on peut admettre la règle qui suit : « On considérera comme équivalente à une guérison définitive, toute guérison persistant au delà de 18 mois. »

En possession de ces notions, trois principes devront être rigoureusement observés par le chirurgien.

1° Il doit d'abord rejeter certaines interventions illogiques, comme la laparotomie exploratrice, qui avait été défendue par Owen, à cause de certains cas de guérison ;

2° Il doit rejeter ensuite, comme disproportionnées par leur complexité et leur gravité aux résultats à atteindre : a) les opérations directes sur le pancréas (cf. Wirsungtomie), que M. Villard a pu défendre dans un cas de pancréatite aiguë œdémateuse ; b) les anastomoses du cholédoque ou de l'hépatique, avec le duodénum ou l'estomac ;

3° Il doit mettre au premier rang des principes à observer la nécessité d'assurer un *drainage biliaire*.

Laissant de côté la cholécystectomie seule, le chirurgien pourra discuter :

La cholécystostomie ;

Les opérations cholédociennes ;

Enfin, *la cholécystogastrostomie, comme second temps*, consécutivement à une opération de drainage.

Fort de ces principes, abordant la pratique, le chirurgien se trouvera placé devant l'un ou l'autre de ces deux cas (MM. Bérard et Mallet-Guy) :

a) *Les pancréatites qui, « malgré une enquête clinique et chirurgicale, sont prises pour du cancer ».*

Ici, seule l'anastomose cholécystogastrique est légitime — et c'est la survie indéfinie des opérés qui fera le diagnostic. C'est le cas le plus souvent des pancréatites syphilitiques (étudiées dans la thèse de Rouvier, Lyon, 1930). En réalité, la cholécystogastrostomie

semble, ici, particulièrement opportune : il n'y a pas, en effet, à attendre une résolution de la tumeur sous l'action d'un drainage biliaire, puisque l'étiologie est toute autre.

Si cependant le diagnostic de syphilis a pu être posé, on sera autorisé à ne pas faire d'anastomose, à se contenter d'une cholécystostomie, et à espérer du traitement spécifique, la disparition de l'obstruction pancréatique.

b) « *Les pancréatites que l'on peut diagnostiquer, ou, tout au moins, fortement soupçonner au cours de l'intervention* ».

Et ce, d'après l'état de la vésicule, d'après la discordance entre l'histoire clinique et les lésions anatomiques (Cf. début du chapitre, paragr. du diagnostic).

Là, il faut, avant tout, suivant le grand principe, assurer un drainage biliaire.

Nous avons refusé ce rôle à la cholécystogastrostomie, et pour cause.

Par contre, *la cholécystostomie*, le drainage transvésiculaire du cholédoque, apparaissent comme l'opération de choix.

Dernièrement, MM. Brocq et Miginiac, dans leur rapport au *Congrès de Chirurgie d'octobre 1930*, ont adopté les conclusions de MM. Bérard et Mallet-Guy sur les indications des pancréatites chroniques et, comme eux, ne laissent pas grande place à la cholécystogastrostomie. Ils adoptent la cholécystostomie comme opération de choix.

Cependant, en dernière analyse, il semble qu'il faille réserver au drainage transvésiculaire du cholé-

doque, la meilleure place. L'opération de M. Santy nous apparaît comme l'intervention de choix, puisqu'elle réunit les avantages de l'opération de Kehr, et ceux de la cholécystostomie : drainage complet de la voie biliaire principale, d'une part ; bénignité presque comparable à celle de la cholécystostomie, d'autre part, en même temps qu'elle laisse toute possibilité d'intervention secondaire.

En résumé, chaque fois que l'on aura posé le diagnostic de pancréatite chronique avec ictère, c'est au drainage transvésiculaire du cholédoque, ou, à son défaut, à la cholécystostomie, que l'on devra faire appel. En effet, l'expérience a montré qu'elle guérissait d'emblée, et très vite, les formes dites « catharales » signalées par Owen, et qui, d'ailleurs, seraient les plus fréquentes. Elle assure le drainage biliaire et permet de « surveiller l'évolution de l'infection pancréatique », et, par suite, de pratiquer secondairement, si elle est nécessaire, l'opération la plus appropriée au cas qui se présente, notamment la cholécystogastrostomie.

La fistule cholécystogastrique, pratiquée primitivement, non seulement ne permet pas d'assurer un drainage, mais ne peut pas être surveillée facilement ; enfin, elle ne permet pas d'attendre, de « voir venir », elle est définitive.

Elle garde cependant des indications très précises :

1° Insuffisance de diagnostic d'avec le cancer qui, notamment chez les malades âgés, peut souvent pousser à faire en un temps une opération qui, certainement, fera disparaître l'ictère : *cholécystogastrostomie primitive* (Cf. ci-dessous, observ. VI) ;

2° Fistule persistante après une intervention de drainage biliaire à travers la vésicule : *cholécystogastrostomie secondaire* (Cf. étude précédente, et observ. VI ci-dessous).

OBSERVATION VI
(MM. les Professeurs Villard et Savy)

Cholécystogastrostomie primitive
(In thèse Mallet-Guy)

Femme de 35 ans, entrée pour ictère chronique le 23 juin 1923.

Antécédents : bonne santé habituelle. Eut six grossesses. En 1919-20, une pleurésie droite dont la malade guérit parfaitement, sans aucun signe pulmonaire.

Au début de 1923, douleurs lombaires. Amaigrissement de six kilogs. Depuis 1 mois, les douleurs se sont exagérées, s'accompagnent d'arthralgies; puis apparition d'un prurit précédant l'ictère de 2 ou 3 jours.

A l'entrée dans le service, ictère généralisé, abdomen souple, grosse vésicule.

Le 7 juillet 1923, intervention : Le foie très volumineux est facilement luxé. La vésicule, modérément distendue déborde légèrement la face inférieure. Aucun calcul n'est perçu. Pas d'adhérence, le cholédoque est distendu sans péricholédocite; pas de calculs. La palpation du pancréas révèle la présence d'une masse du volume d'une petite noix, indurée, lobulée, rappelant la consistance d'un adéno-fibrome du sein. Cette lésion est vraisemblablement la cause de l'ictère : *Cholécystogastrostomie*.

Suites opératoires normales apyrétiques. — Disparition du prurit; disparition rapide de l'ictère. La malade

est revue le 21 novembre 1923 avec état très satisfaisant. Le 5 mars 1925, la malade écrit qu'elle se porte parfaitement bien et a repris plus de 14 kilogs.

L'examen radiologique pratiqué le 12 mai 1925 par le Docteur Beaupère, permet d'affirmer la perméabilité de l'anastomose.

Tubage gastro duodéal (Docteur Barbier): liquide normal; d'autre part le cholédoque semble avoir retrouvé sa perméabilité, la bile possédant aussi deux voies d'excrétion.

OBSERVATION VII

(M. le Professeur agrégé Santy)

(In thèse Mallet-Guy)

Cholécystogastrostomie secondaire à une cholécystostomie (fistule persistante)

H..., 22 ans, vient consulter le 14 décembre 1923: pour ictère et douleurs.

Dans ses antécédents, on relève une broncho-pneumonie en 1922, qui laissa une atteinte de l'état général. Il y a quatre semaines, alors que depuis huit jours, il présentait de l'ictère des conjonctives, vomissements copieux à type d'indigestion. Par la suite, sans température, ni frissons, à trois reprises, crises très violentes durant plusieurs heures, à maximum épigastrique, avec nausées, sans vomissements, mais augmentation de l'ictère le lendemain, accompagné de décoloration des matières. Actuellement, ictère pâle, mais net. Foie et rate paraissent gros à la percussion.

Intervention le 19 décembre 1923. — Laparot. sous-costale. Gros foie couleur rouge sombre. Vésicule à paroi très épaissie, avec grosses adhérences duodénales. Gros ganglions du pédicule. *Cholécystostomie*: après

prélèvement d'un ganglion et de bile vésiculaire. Histologiquement, le ganglion est le siège d'une réaction inflammatoire (Docteur Bernheim).

Examen bactériologique de la bile (Docteur Lebeuf) : cultures stériles.

Suites opératoires normales, sauf légère température les premiers jours. Le liquide de la fistule, d'abord muqueux, devient entièrement bilieux le 3 janvier 1924. L'état général se remonte et le 10 janvier le malade part avec une fistule presque sèche. Le 18 janvier, elle est complètement fermée, mais sensation de plénitude, anorexie. Le 21, brusquement, douleurs atroces dans le creux épigastrique; quelques heures après, la fistule s'ouvre à nouveau et la bile semble couler uniquement par la fistule. Matières décolorées, urines foncées.

Le 29 janvier, fistule de nouveau fermée. On décide de réintervenir.

Deuxième intervention le 31 janvier 1924. — Isolation facile de la vésicule que l'on obture. *Cholécystogastrostomie* sur l'antra pylorique. On constate l'énorme volume de la tête du pancréas, hypertrophiée en totalité et débordant le duodénum considérablement en arrière. *Suites opératoires* bonnes: le 23 février, le malade part; ne souffre plus, gros appétit, disparition du subitère.

Revu le 19 janvier 1925. A repris son poids, digère bien. Jamais de vomissements.

Autres indications de la cholécystogastrostomie

Sous ce titre, à la fin du chapitre des indications dites « anciennes », nous avons voulu réunir ici, d'une part, un certain nombre d'indications qui se

rencontrent moins fréquemment dans la pratique chirurgicale, d'autre part, des ictères de causes rares ou exceptionnelles pour le traitement desquels on avait parlé à tort de cholécystogastrostomie.

1° ICTÈRES PAR TUMEUR DES VOIES BILIAIRES PRINCIPALES

Ces cas rentrent dans le cadre de la formule de Jaboulay. Là aussi la cholécystogastrostomie sera préférée, sauf dans les cas très graves où l'exérèse est impossible.

On ne saurait y songer dans les *cancers du carrefour*.

Par contre, dans les *cancers du cholédoque*, de nombreuses fois, elle sera indiquée : soit seule, et elle donne des résultats appréciables, soit combinée à l'exérèse de la tumeur où, au contraire des procédés d'implantation par hépatico-duodénostomie, par exemple, elle a l'avantage de faire courir un risque bien moindre d'infection ascendante.

Dans le *cancer de l'ampoule de Vater*, elle peut être discutée avec l'exérèse qui est ici plus fréquemment réalisable, car, après l'exérèse, la récurrence est fréquente. Aussi, les résultats des deux méthodes ont été jugés assez comparables. Des recherches ont été faites, en effet, concernant la durée d'évolution de ces cancers abandonnés à eux-mêmes. Le regretté Professeur Bard, de Lyon, avait montré qu'ils s'apparentaient étroitement avec les épithéliomas pancréatiques du type excréteur, à évolution relativement lente (opposés à ceux du type sécréteur à évolution rapide, de beaucoup les plus fréquents).

M. Mallet-Guy, dans sa thèse, a relaté des faits recueillis dans la statistique d'Outerbridge, qui a étudié 50 cas : dans 3 cas seulement, la mort survint plus d'un an et demi après les premiers signes de déchéance ; dans 2 cas elle survint moins de 18 mois après ; dans un troisième cas, l'affection dura deux ans et quart, mais il s'agissait d'un adénofibrome et non d'une tumeur maligne (Herrick).

En tout état de cause, il est logique de penser, croyons-nous, en cas d'exérèse possible, que rien n'empêche de la pratiquer et de compléter celle-ci par une anastomose de sécurité.

2° ICTÈRES DE CAUSES RARES OU EXCEPTIONNELLES

Ce sont les cas de *rétrécissements des voies biliaires*, d'origine inflammatoire, même limitée. Nous voulons parler également des *compressions par adénites tuberculeuses* du petit épiploon.

De tels cas sont uniquement justiciables d'un traitement direct et ne rentrent pas dans le cadre des indications de la cholécystogastrostomie.

Enfin, en ce qui concerne la *dilatation idiopathique du cholédoque chez l'enfant*, l'anastomose paraît encore plus hasardeuse.

CHAPITRE IV

Indications nouvelles de la cholécysto- gastrotomie en dehors des ictères par rétention

Nous quittons les indications contenues dans le cadre de la formule de Jaboulay pour étudier un certain nombre d'indications nouvelles qui ont été discutées depuis 7 ou 8 ans, et s'adressent aux affections les plus variées du carrefour sous-hépatique.

Jusqu'à ce jour, à défaut de statistiques utiles, leur valeur n'a pu être jugée qu'à la lumière des notions acquises par l'analyse fonctionnelle de la cholécystogastrostomie.

1° ULCÈRE GASTRIQUE ET DUODÉNAL

ÉTATS D'HYPERACIDITÉ GASTRIQUE

Pour MM. Bérard et Mallet-Guy, les indications de cholécystogastrostomie ne paraissent pas légitimes dans ces cas :

« A cause des résultats très contradictoires de nos recherches sur les modifications apportées au milieu gastrique par une anastomose de la vésicule, nous croyons pouvoir les rejeter. »

2° ANGIOCHOLITES ET CIRRHOSÉS BILIAIRES AVEC ICTÈRE

On eut parfois des essais heureux. Tel le cas présenté par M. Cotte à la Société de Chirurgie de Lyon le 15 mars 1923 (Cf. *Lyôn Chirurgical*, mars 1923).

L'observation mérite vraiment d'être citée. Les publications de tels cas sont, en effet, assez rares, les guérisons le paraissent plus encore. Nous ne la citons donc, non pas au titre d'indication-type de cholécystogastrostomie, mais bien au contraire parce qu'elle constitue un cas plutôt exceptionnel de guérison. L'on comprendra d'ailleurs tout de suite pourquoi M. Cotte a été conduit à poser une indication d'anastomose cholécystogastrique.

OBSERVATION VIII

(M. Cotte)

Cinchose biliaire hypertrophique de nature indéterminée *Cholécystogastrostomie*

Il s'agit d'une malade pour laquelle M. Cotte est intervenu afin d'être bien certain qu'il ne s'agissait pas d'une lithiasé méconnue. C'est devant l'absence de calculs, et dans le but de mettre fin aux poussées d'angiocholite présentées par la malade, que M. Cotte a cru devoir pratiquer une cholécystogastrostomie.

Voici les détails de son observation:

E..., de 39 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels, et qui a fait seulement de longs séjours en Russie et en Turquie. A eu 4 enfants vivants et 2 fausses couches.

L'affection a débuté il y a 2 ans à la suite d'un accouchement. Celui-ci fut normal. Suites de couches seulement marquées par un ictère qui survint sans douleurs, sans température et sans décoloration des matières. A partir de ce moment, persistance du subictère, amaigrissement progressif.

Il y a huit jours, crise douloureuse intense, à droite, puis à gauche, sans décoloration des matières. A l'entrée, le 18 décembre, malade très amaigrie, subictère assez accusé. Le foie est notablement augmenté de volume, le lobe gauche, en particulier, occupe tout l'épigastre. La rate est également hypertrophiée. Pas de troubles digestifs, exceptée une anorexie très accusée. Température subfébrile atteignant tous les soirs 38°, 38°2. Pas d'ascite, pas d'œdème malléolaire. Wassermann négatif. *Intervention le 26 décembre.*

On trouve un foie dur, volumineux, avec nombreux points de sclérose à sa surface, qui ne paraissent pas de nature spécifique. La vésicule énorme, distendue, renferme 250 cm³ environ d'une bile assez claire. Pas de lithiase. *Cholécystogastrostomie* à la suture.

Suites opératoires simples. — La température revient à 37°, 37°3. Très rapidement, la malade se déclare soulagée, reprend appétit et quitte l'hôpital, refusant une convalescence dans le service du Professeur Savy, proposée pour examen médical.

L'examen pratiqué confirma qu'il s'agissait d'une cirrhose avec gros foie et grosse rate; mais il fut impossible d'en préciser la nature.

Revue il y a quelques jours (mars 1923), la malade dit qu'elle va bien et trouve que son état s'est bien amélioré.

Malgré cet heureux résultat, M. Cotte tient à déclarer qu'il ne saurait tirer des conclusions hâtives pour l'avenir. La nature encore imprécise de cette maladie que Lereboullet considérait cependant comme infectieuse, le défaut d'observations comparables et de résultats éloignés, sont autant de raisons qui ne permettent évidemment pas d'ériger la méthode en principe et d'en assurer à l'avance les heureux résultats. Cependant, M. Cotte considère que cette intervention a amené la chute de la température et qu'elle a été suivie d'une diminution de volume du foie.

MM. Bérard et Mallet-Guy ont observé un malade cirrhotique avec gros foie et ictère chez lequel la cholécystogastrostomie n'a apporté aucun bénéfice réel. Il s'agissait d'ailleurs d'un cas assez complexe où la syphilis pouvait être en cause et où les voies biliaires dilatées, sans obstacle perceptible sur leur trajet, engageaient à pratiquer l'anastomose. Celle-ci, avons-nous dit, n'améliora pas l'état de la malade dont la cirrhose et l'ictère continuèrent à évoluer.

Cette observation est trop peu concluante pour être rapportée ici dans les détails. Ce n'est d'ailleurs pas sur de tels faits que se basent MM. Bérard et Mallet-Guy pour discuter la légitimité de l'anastomose dans les cirrhoses biliaires, mais sur cette notion que la cholécystogastrostomie est incapable d'assurer une action de drainage.

3° ETATS VÉSICULAIRES DOULOUREUX EN DEHORS DE LA
LITHIASSE : VÉSICULES DE STASE, VÉSICULES INTOLÉ-
RANTES.

Depuis ces dernières années, le domaine de la cholécystogastrostomie s'est enrichi et s'est étendu au traitement des ces états vésiculaires douloureux non lithiasiques particuliers et dont les premiers résultats heureux ont été apportés par M. Mathieu, puis par M. Cotte (Cf. thèse de Latreille, Lyon, 1927).

Voici, à titre d'exemple, une observation de M. le Professeur agrégé Cotte :

OBSERVATION IX

(M. Cotte)

*Cholécystogastrostomie. — Bon résultat après 5 ans.
(in-thèse Latreille)*

Femme de 59 ans vue en 1922. Premières crises vésiculaires apparues à 50 ans qui se caractérisent alors par des douleurs violentes à l'épigastre, avec irradiation à l'épaule; suivies, le plus souvent, trois ou quatre jours après, d'une légère poussée d'ictère. La température n'a pas été prise au moment des crises. Malgré un traitement médical dirigé par le Docteur Belloir, de Haute-Rivoire, pendant plusieurs années, les crises vont en se rapprochant, — et, actuellement, reviennent tous les 10 ou 15 jours, entraînant anorexie avec digestions pénibles et alternatives de constipation et diarrhée.

A l'examen, douleur localisée à la région vésiculaire. La vésicule paraît augmentée de volume; on pense à une lithiasie vésiculaire et l'on intervient.

Intervention de 21 mars 1922 (Docteur Cotte). — Sous A. G. à l'éther, l'intervention montre un foie dur, impossible à extérioriser. Sur sa face convexe, lésions de périhépatite très accusées. La vésicule est distendue par une bile noirâtre. On ne sent pas de calculs. On vide la vésicule, et on pratique une *cholécystogastrostomie* à la suture à 2 plans.

Suites opératoires simples. — La malade sort guérie le 6 avril de la Charité. Au mois d'août, elle écrit qu'elle va bien et ne reprend plus de crises; en 1925, l'état de santé est toujours bon.

A côté de ce cas, citons une observation où la cholécystogastrostomie a échoué. Le chirurgien a dû pratiquer une cholécystectomie secondaire.

OBSERVATION X

(M. le Professeur agrégé Cotte)

*Cholécystogastrostomie. — Echec de l'anastomose
cholécystectomie secondaire.*

(in-thèse Latreille, Lyon, 1927)

Malade envoyée à l'hôpital en septembre 1924 avec le diagnostic de lithias biliaire.

L'affection a débuté cinq mois auparavant par une crise douloureuse brusque de l'hypocondre droit, avec irradiation à l'épaule droite, et accompagnée de vomissements. Le lendemain, urines foncées, légère température, pas d'ictère. Quelques jours après, tout est rentré dans l'ordre, seulement la région vésiculaire reste douloureuse; de plus la malade est sujette aux indigestions. Il y a quinze jours, nouvelle crise, moins violente; huit jours après, une autre. La malade continuant à souff-

rir, rentre à l'hôpital. A l'examen, abdomen souple, douleur profonde de la région vésiculaire. On pense à une lithias vésiculaire, et la malade continuant à souffrir, on intervient. *Intervention le 19 septembre 1924: Anesthésie à l'éther. Incision de Sprengel. Adhérences de toute la région sous-hépatique unissant pylcre, duodénum et vésicule à la face inférieure du foie. Vésicule peu distendue sans calculs. Cholécygastrostomie.*

Suites opératoires. — Soulagement immédiat. Le soir même, disparition de la douleur vésiculaire. Guérison très rapide.

Revue en février 1925, la malade déclare n'avoir plus souffert. Mais le 8 décembre 1925, elle s'est remise à souffrir et revient.

Le 2 novembre, douleurs dans l'hypocondre. Pas d'ictère. A l'examen, point douloureux provoqué à 2 cm. de l'ombilic, dans l'hypocondre droit, vomissements. L'examen radiographique et clinique de l'estomac et du duodénum (M. Mallet-Guy) montre l'existence d'un syndrome de Reichmann : ulcus prépylorique; peut-être même ulcus peptique au niveau de la bouche gastrovésiculaire. *Intervention le 12 décembre 1925: quelques adhérences au niveau de l'antra pylorique, vésicule non distendue, léger épaissement au niveau de la bouche anastomotique. Cholécystectomie avec résection de la paroi gastrique au niveau de la bouche. L'examen de la pièce ne montre pas d'ulcération, seulement, muqueuse vésiculaire très rouge avec aspect framboisé. Examen histologie (M. Policard): hyperplasie de la muqueuse avec signes d'inflammation discrète.*

Revue en décembre 1926, la malade n'a plus souffert de cette nouvelle intervention.

Une troisième observation est particulièrement intéressante. C'est celle qui concerne une malade qui

fut présentée à deux reprises à la Société de Chirurgie de Lyon, le 3 juin 1926, et le 18 novembre 1926, par M. le Professeur Bérard et M. Mallet-Guy. Pensant à une lithiase vésiculaire, ils pratiquèrent une cholécystostomie. Mais, par l'évolution ultérieure de la fistule, d'une part, l'exploration lipiodolée des voies biliaires montrant, d'autre part, un rétrécissement du cholédoque au niveau du pancréas, ils pensèrent alors qu'il existait là un élément de pancréatite. Une opération de dérivation s'imposait : cholécystogastrostomie secondaire.

Voici les détails de cette observation :

OBSERVATION XI

(MM. Bérard et Mallet-Guy)

(Société Chirurg. de Lyon)

F... de 24 ans; entrée en mars 1925 dans le service de M. le Professeur Bérard pour mauvaises digestions, troubles remontant à l'âge de 18 ans, douleurs mal précisées, constipation, amaigrissement de 14 kilogs depuis 4 ans, pas d'ictère. A l'examen la douleur siègeait à l'épigastre, sous les fausses côtes droites, vésicule non perçue.

La malade présentant une rétroversion utérine, on intervient le 30 mars 1925 : fixation ligamentaire par le Professeur agrégé Wertheimer. Intervention suivie d'aucune amélioration, les douleurs s'accroissent. La malade est soignée alors dans le service du Professeur Savy ; elle y présente une véritable crise de coliques hépatiques, sans vomissements, ni température, mais suivie de subictère des conjonctives. On fait le diagnostic de lithiase biliaire. *Deuxième intervention*: foie normal, vésicule dé-

passant le bord inférieur du foie, semblant tendue, augmentée de volume. Paroi vésiculaire normale, pas de calcul. Le pancréas paraît normal. On fait une *cholécystostomie* (23 mars 1926).

Un écoulement abondant dure un mois; l'état de la malade s'améliore et elle ne présente plus de malaises. Cependant, à deux reprises, le trajet se ferme pendant 24 heures et chaque fois, la malade reprend des troubles.

Le 28 avril 1926, injection lipiodolée par le fistule : vésicule grosse qui semble mal se vider par le cystique contourné et irrégulier, voies biliaires principales perméables, mais il *existe un rétrécissement très marqué et régulier du trajet pancréatique du cholédoque. Tubage duodénal* 3 mai 1926: insuffisance de la digestion tryptique.

La fistule ne se fermant pas, on décide de faire une *cholécystogastrostomie*: 8 mai 1926. Suites opératoires simples: état fonctionnel parfait. Le 25 mai, *un tubage* montre que l'excrétion se fait exclusivement par la bouche anastomotique qui est incontinente, le milieu gastrique est acide malgré l'excrétion biliaire.

En novembre 1926, état général excellent. La malade est très contente, a repris 9 kilogs, digestions excellentes. Les douleurs ont disparu, l'état fonctionnel est excellent et le 18 novembre 1926, la malade a été présentée à la Société de Chirurgie, ne se plaignant de rien et se déclarant enchantée du résultat.

En 1928, elle fut revue pour des troubles sans rapport avec les signes qu'elle présentait auparavant et qui étaient seulement fonction d'un léger état névropathique.

Ainsi, un nouveau champ d'application a été offert à l'anastomose : les états vésiculaires douloureux en

dehors de la lithiase, dont MM. Mathieu, Cotte, ont, les premiers, apporté des exemples traités heureusement par la cholécystogastrostomie. MM. Bérard et Mallet-Guy ont eu l'occasion de pratiquer à nouveau cette intervention dans des cas semblables, et, d'autre part, ont tenté une classification physiopathologique de ces syndromes vésiculaires pseudolithiasiques qui est susceptible, croyons-nous, d'apporter quelques éclaircissements aux indications de l'anastomose gastrovésiculaire dans ce domaine.

Cependant, disent-ils, il convient de choisir ses cas et de ne pas tous les réserver à la cholécystogastrostomie. En premier lieu, doivent être exclus des indications, les cholécystites chroniques non lithiasiques et, d'une façon générale, les états infectieux de la vésicule biliaire. C'est donc dans les seuls troubles fonctionnels qu'elle peut trouver place, dans ces états pathologiques qui, à tort ou à raison, ont été groupés sous le nom de stases vésiculaires. Et encore parmi ces faits doit-on mettre à part ceux qui sont sous la dépendance d'une péritonite tuberculeuse sous-hépatique, véritable contre-indication chirurgicale (Cf. plus loin, obs. XIII).

On peut préférer à l'anastomose la cholécystectomie, qui garde, de fait, d'importantes indications, mais la pratique en est grevée d'un certain pourcentage d'échecs dont la clé a été donnée par l'exploration des malades cholécystostomisés. Il existe parfois, nous venons de le voir (obs. XI), un obstacle relatif sur la partie basse de la voie biliaire principale : l'opération radicale, aveugle, ne ménage pas l'avenir :

elle doit être rejetée en principe comme opération première.

On peut encore préférer à l'anastomose, la cholécystostomie, et MM. Bérard et Mallet-Guy sont tentés de le faire. Mais ils pensent qu'en réalité, cholécystostomie et anastomose ne s'excluent pas. Si la première permet parfois d'obtenir aisément et sans risque une guérison, elle est, dans d'autres cas, insuffisante et se compliquerait de fistule vésiculaire, si elle ne laissait toute possibilité de pratiquer secondairement l'anastomose cholécystogastrique. Aussi, dans ces états physiopathologiques complexes dont le traitement est si discuté, MM. Bérard et Mallet-Guy croient devoir poser comme principe thérapeutique général de pratiquer d'abord une cholécystostomie, ainsi que l'avait proposé M. Santy ; si elle ne guérit pas le malade, elle offrira du moins toujours d'exceptionnelles facilités pour établir le diagnostic précis de la déviation fonctionnelle.

Il est certain que cette manière de faire a incontestablement l'inestimable avantage d'agir en connaissance de cause : MM. Bérard et Mallet-Guy répugnent à réaliser systématiquement d'emblée une cholécystogastrostomie, sachant que son action n'est pas celle d'une opération de drainage, mais seulement d'une opération de dérivation biliaire, alors qu'un large drainage de la vésicule est souvent nécessaire pour redresser le trouble fonctionnel en question.

Les recherches d'exploration fonctionnelle des syndromes biliaires pseudo-lithiasiques qu'ils ont entrepris, leur ont permis de considérer que tous ces états

ne sont pas de pathogénie univoque, notion importante que M. le Professeur Villard avait déjà mise en lumière.

Il est d'abord de vraies vésicules de stases. Nous en citons des exemples précis étudiés minutieusement par MM. Bérard, Savy et Mallet-Guy : dans ces cas l'exploration radiologique du transit biliaire, permise par la cholécystostomie préalable, montre un obstacle relatif au niveau du cystique, coudure, rétrécissement.

OBSERVATION XII

Syndrome biliaire douloureux par stase vésiculaire Sténose cystico-pylélique et péritonite sous-hépatique

F..., 64 ans. Entre dans le service de M. le professeur Savy le 18 mars 1927, pour troubles gastriques et constipation opiniâtre depuis plusieurs années.

Il y a un an, série de crises douloureuses abdominales. Ce ne sont pas des coliques hépatiques nettes, mais des douleurs vives au creux épigastrique, et dans l'hypocondre droit s'irradiant dans les reins. Douleurs intermittentes, s'exagérant après l'ingestion alimentaire, calmées le lendemain, puis reprenant quelques jours plus tard, accompagnées de température (39°-40°). Rares vomissements. Après une amélioration de quelques mois, nouvelles crises douloureuses de même type qui durèrent un mois environ. Puis elle continua à « souffrir de l'estomac ». Actuellement, anorexie prononcée, non chétive, amaigrissement et perte des forces. Pas de température habituelle, sauf au moment des crises. A l'examen, teint subictérique. Palpation douloureuse du creux épigastrique avec point vésiculaire très net. Vésicule pas nettement perçue. Examen général négatif.

Exploration fonctionnelle des voies biliaires :

Le tubage duodénal ramène difficilement, à jeun, quelques centimètres cubes de bile. *L'excrétion vésiculaire provoquée est accompagnée de sensations nauséuses* avec, quelques minutes après, légères douleurs à l'épigastre.

Subitement arrive la bile B et les douleurs continuent pendant ce temps. Puis apparition progressive de la bile C.

L'examen cytologique et bactériologique de la bile est négatif. *Cholécystographie normale.*

1° *Intervention, 9 avril 1927 :* Vésicule longue, ptosée, sans épaissement des parois. Pas de calcul. Exploration du cholédoque négative ; sur son parcours s'échelonnent des ganglions hypertrophiés. On fait une *Cholécystostomie*.

Suites opératoires excellentes.

Exploration lipiodolée de la fistule biliaire :

L'injection dessine régulièrement la vésicule et détermine en même temps une douleur très accusée dès que l'on exerce une certaine pression. Le transit semble interrompu par un anneau contractile repoussant le contenu vésiculaire dès qu'il tend à s'engager dans le bassinet. Le cystique ne s'injecte que sous certaine pression, il est allongé et tortueux, l'hépatique et le cholédoque se vident normalement. *En somme, il s'agit d'un spasme de la portion pyélique.* Tubage duodénal 10 mai 1927 : même renseignements qu'auparavant.

2° *Intervention, 19 mai 1927 :* On vérifie encore l'absence de tout calcul et la perméabilité du cystique. On pratique la *cholécystogastrostomie*.

Suites opératoires excellentes.

Le résultat fonctionnel s'est maintenu très bon. L'exploration fonctionnelle de la bouche de la cholécystogastrostomie montre une fistule continente. Pas de reflux même dans la manœuvre de chilaïditi.

La malade revue en janvier 1930, présente des troubles fonctionnels, des douleurs qui font incriminer un état pathologique de la vésicule biliaire. Une intervention est proposée à la malade.

OBSERVATION XIII

*Syndrome biliaire douloureux par stase vésiculaire.
Sténose du cystique et du confluent biliaire.
Péritonite sous-hépatique de nature tuberculeuse
ayant évolué vers une granulie péritonéale*

F. 35 ans, entre dans le service du Professeur Savy pour des douleurs abdominales.

Depuis longtemps, mauvaise digestion. Il y a 16 ans, à Salonique, dysenterie. A la suite, tous les deux mois, crises douloureuses durant en moyenne une quinzaine de jours. Douleurs réglées par l'ingestion alimentaire, à siège épigastrique et s'irradiant dans le dos, et à droite, accompagnées de frissons, nausées, fièvre, sans vomissements, constipation alternant avec périodes de diarrhée. Anorexie surtout pour les aliments gras.

Examen : Malade légèrement subictérique, foie débordant de deux doigts. Vésicule non perçue mais point douloureux cystique fixé.

Exploration fonctionnelle des voies biliaires :

Cholécystographie le 16 avril : l'ombre vésiculaire paraît normale. *Tubage duodénal* le 19 avril : à jeun, on ne retire que quelques gouttes d'un liquide trouble. L'épreuve de Meltzer-Lyon détermine une petite douleur nettement accusée par la malade, et de même type que celle caractérisant les crises spontanées. Après l'injection, on obtient quelques centimètres cubes de bile jaune d'or. Examen cyto-bactériologique de la bile (Dr

Gardère) ne montre rien d'anormal. Digestion pancréatique nettement positive.

On pense à une inflammation discrète de la vésicule qui joue encore un rôle physiologique ; la lithiase paraît improbable.

Première intervention le 21 avril 1927 :

Grosse vésicule, dépassant de 6 cm. le rebord costal. *nettement distendue*. Foie normal. Pas de calcul. La paroi semblait normale, cependant, au niveau du bassinnet, on est obligé, pour poursuivre l'examen, de rompre des *adhérences importantes* d'aspect récent, semblant être le témoin d'une inflammation manifeste. On explore le pédicule, pas de ganglions ; cholédoque normal ; pancréas, duodénum, estomac sains.

Cholécystostomie.

Suites opératoires : du 10^e au 15^e jour, ascension thermique à 38°6 avec oscillations entre 38° et 38°5. En même temps la malade accuse un point douloureux à gauche. Puis disparition des douleurs. L'écoulement biliaire est abondant et persistera tel.

Exploration fonctionnelle de la fistule biliaire.

Le 14 mai 1927. a) *Injection lipiodolée* non douloureuse qui *dilate la vésicule qui ne se vide pas*. L'examen radioscopique dans diverses positions ne montre *pas l'image du cholédoque*, ce qui confirme la radiographie. Le cystique se dessine incomplètement, l'hépatique ne paraît pas dilaté. L'ombre vésiculaire agrandie est à cheval sur la 12^e côte.

b) *Tubage duodéal*. 20 mai. L'épreuve de Meltzer-Lyon déclanche seulement une abondante sécrétion par l'orifice cutané. Aucune chasse duodénale. Pas de douleur. On en profite pour faire un 2^e examen sous l'écran. Cette fois, d'emblée le lipiodol franchit le bassinnet et remplit l'hépatique, puis descend le long du cholédoque. On assiste de suite à une chasse biliaire. Une nouvelle

épreuve de Meltzer-Lyon est pratiquée ; les *contractions ne vident pas la vésicule* : la radiographie alors pratiquée montre une image vésiculaire quatre fois plus petite que la première. Calibre du *cholédoque* régulier, depuis son origine qui *semble présenter un point rétréci*, jusqu'à sa terminaison. L'hépatique semble un peu plus gros. Le cystique décrit une courbe à convexité supérieure et droite. *Il est mince et tortueux.*

Le 25 mai, nouvelle exploration radiologique avec la solution éso-visqueuse de M. A. Lumière. On constate la stase vésiculaire de la première épreuve : *la vésicule ne se vide pas.*

Deuxième intervention : 28 mai 1927 :

On ouvre difficilement le péritoine, car l'étage sous-hépatique est cloisonné d'adhérences très serrées. On dégage cependant la face inférieure du foie et la face antérieure de l'estomac qui présentent des granulations assez nombreuses.

On anastomose la vésicule à l'antré, en une zone saine. Suites opératoires : Température entre 37°8 et 38°4. Puis phlébite du membre inférieur gauche qui rétrocéda partiellement après l'application de sangsues. Quelques vomissements et douleurs épigastriques qui persistèrent 5 jours. Puis le 16^e jour, léger écoulement biliaire qui se tarit en 8 jours.

La température oscille entre 37°4 et 38°. Le 7 juillet nouvelle fistule biliaire, coïncidant avec des vomissements et des douleurs épigastriques. La température devient hectique.

Le 12 août, l'état général décline rapidement. La fistule biliaire est certainement de nature tuberculeuse ; son écoulement augmente progressivement, les vomissements se répètent.

Le 13 août, on décide d'intervenir dans le but de pratiquer une gastro-entérostomie, la radioscopie ayant mon-

tré que l'estomac ne se vide plus. On ne peut pas pratiquer l'anastomose : les anses grêles, le colon, etc... sont parsemés de granulations.

Décès le surlendemain. Vérification impossible.

Cette observation est, on le voit, des plus intéressantes. Elle montre qu'il s'agissait ici d'une vésicule de stase, vésicule à peu près asystolique, dont l'obstacle qui paraissait purement mécanique semblait siéger plus au confluent cholédocien qu'au niveau du cystique. D'autre part, *la nature tuberculeuse du processus inflammatoire sous-hépatique*, a été signée par l'évolution fatale d'une granulie péritonéale diagnostiquée à la seconde intervention.

Ainsi la cholécystogastrostomie secondaire tentée chez ces deux malades, ne donna pas une amélioration durable. La vésicule s'exclut de plus en plus du flux biliaire et ne joue plus que le rôle d'un inutile diverticule de l'antra pylorique. La cholécystectomie représente, au contraire, le traitement de choix de ce vice fonctionnel.

Il est ensuite des stases vésiculaires sans obstacle anatomique, liées à un vice fonctionnel de la muqueuse vésiculaire. Un symptôme permet, après cholécystostomie, d'en saisir le mécanisme : c'est l'existence d'abondants écoulements muqueux, alternant régulièrement au cours des 24 heures après le flux biliaire.

La première observation de ce syndrome a été publiée par MM. Villard et Mouisset en 1909 (*Lyon Médical*). Deux observations très typiques ont été apportées à la Société de Chirurgie de Lyon, par

M. Santy, à l'appui de son plaidoyer en faveur de la cholécystostomie. MM. Bérard et Mallet-Guy ont pu en étudier complètement deux cas traités et guéris également par la cholécystostomie. Ils pensent que l'hypersécrétion muqueuse est le facteur de la stase vésiculaire, aucun obstacle n'apparaissant au cours de l'étude du transit biliaire. La cholécystogastrostomie est inutile et non justifiée, le drainage externe de la vésicule suffisant à modifier et à redresser la fonction muqueuse.

Enfin, un troisième type fonctionnel est fourni par ce que, avec M. Savy, MM. Bérard et Mallet-Guy ont appelé « vésicules intolérantes ».

Il s'agit alors de vésicules hypertoniques, se contractant avec une énergie tout à fait anormale dès que l'on injecte à leur intérieur quelques centimètres cubes de lipiodol. Ces contractions douloureuses sont responsables du syndrome clinique vésiculaire. Et cependant la lésion n'est pas dans la vésicule, elle siège sur la voie principale. Elle se manifeste radiologiquement sous l'image d'un obstacle vatérien (spasme, rétrécissement ?)

Dans ces cas, la cholécystectomie primitive irait tout droit à un échec, la cholécystostomie laisse une fistule rebelle, l'anastomose vésiculaire se trouve indiquée de plein droit. Les résultats éloignés que ces auteurs ont observés chez trois de leurs opérés sont absolument parfaits et témoignent de la réalité du mécanisme de la douleur qu'ils ont précisé.

Nous écrivons à la suite deux de ces observations particulièrement instructives.

OBSERVATION XIV

« *Syndrome douloureux vésiculaire par vésicule biliaire intolérance et sténose relative du sphincter d'Oddi* ».

F... 55 ans, entrée salle Lumière le 18 février 1927, envoyée par M. le Professeur Savy pour « *cholécystite chronique probablement lithiasique* ».

Antécédents : Rien jusqu'à l'âge de 50 ans. Elle commença alors à souffrir, par crises, du creux épigastrique, avec irradiation entre les 2 épaules. Douleurs irrégulières survenant sans horaire fixe. Ne s'accompagnant pas de fièvre, et non suivies d'ictères. Les douleurs durent quelques heures, ne se prolongent pas plusieurs jours. Rares vomissements post-prandiaux. Constipation habituelle. Jusqu'à la fin 1926 pas d'amaigrissement, bon appétit. Depuis deux mois les crises deviennent plus fréquentes et dans leur intervalle persiste une sensation de pesanteur. L'appétit a disparu. Dégoût marqué pour la viande ; léger amaigrissement et asthénie.

A l'entrée : léger subictère des conjonctives. Pas de points douloureux abdominaux. On ne perçoit ni la vésicule, ni le foie.

Examen radioscopique du transit gastrique : normal

Exploration fonctionnelle des voies biliaires :

1) Cholecystographie : ombre allongée verticalement à mi-distance de la colonne et de la 12^e côte dont le pôle inférieur arrive à la hauteur de L₂, L₃.

2) Tubage duodénal pratiqué à deux reprises : bile B normale sauf quelques squames en suspension. *Aucune douleur, aucune nausée, aucune sensation anormale au cours de l'excrétion vésiculaire.*

Examen bactériologique de la bile : négatif.

Chaque tubage n'a déterminé après lui aucune modification de l'état de la malade, ni amélioration, ni appari-

tion des crises douloureuses. L'examen fonctionnel des voies biliaires ne permet donc pas de confirmer le diagnostic clinique de cholécystite chronique.

Intervention le 3 mars 1927 (Professeur Bérard, Dr Mallet-Guy). On trouve une *vésicule longue*, ptosée, dépassant le bord inférieur du foie de 3 travers de doigt. *Parois sans trace d'inflammation*. Pas de calcul. Duodénum, pancréas et estomac normaux.

Cholécystostomie. Bile prélevée à l'intervention pratiquement stérile. L'examen d'un fragment de vésicule montre uniquement une hypervascularisation de la couche musculaire. *Suites normales*. La fistule donne constamment un écoulement de bile. *Tubage duodéal le 25 mars 1927*: bile cholédocienne et liquide pancréatique normaux.

Exploration radiologique du trajet biliaire le 30 mars 1927.

Dès l'injection des premiers centimètres cubes, le malade accuse une douleur analogue à celle qu'il avait à l'entrée. On ne peut injecter plus de 10 centimètres cubes. L'examen radiographique, malgré une image floue, permet de distinguer la voie biliaire principale infectée et dilatée. Pas d'image vésiculaire. On injecte alors du lipiodol ; mêmes douleurs. La vésicule ne reste pas remplie, elle apparaît comme une ombre petite et irrégulière.

Le *cholédoque au contraire semble très dilaté*, sauf à sa partie inférieure qui présente un calibre très réduit. Des ondes contractiles descendent le long de la voie biliaire principale et aboutissent à des *chasses brusques* ; mais à aucun moment les dimensions de la portion principale du cholédoque n'augmentent. Dix minutes après l'injection, une nouvelle radiographie montre qu'il ne reste plus rien dans la vésicule. *Indication opératoire* : vésicule intolérante, contracture probable du sphincter d'Oddi, deux facteurs aboutissant à la dilatation de la voie bi-

liaire principale. La fistulisation de la vésicule supprimant les contractions douloureuses, une fistulisation permanente s'impose: le 30 avril 1927 (*Professeur Bérard, Dr Mallet-Guy, M. Armanet*): *Cholecysto gastrostomie*. Suture transversale, perpendiculaire à l'axe de l'antrum pylorique, au catgut, à trois plans. *Suites opératoires: excellentes*. Cicatrisation. *Pas de reflux gastrique*. Persistance d'une certaine excrétion biliaire par le cholédoque.

Une telle observation se passe de commentaires. En dehors du résultat obtenu, elle a l'intérêt appréciable d'illustrer point par point les caractéristiques du syndrome contenues dans le tableau comparatif.

OBSERVATION XV

« *Syndrome douloureux vésiculaire, par vésicule biliaire intolérante et léger degré de sténose du sphincter d'Oddi* ».

F... 53 ans, entre salle Lumière le 16 mai 1927, envoyée par M. le Professeur Bérard, pour syndrome vésiculaire.

Bonne santé habituelle. Début de l'affection en février 1924 par douleurs assez vives dans l'hypocondre droit, généralement 3 ou 4 heures après les repas, sans irradiation dans le dos ou l'épaule. La malade n'a jamais noté de fièvre ni d'ictère. Cependant matières fréquemment décolorées, digestions mauvaises. Les troubles sont améliorés par le régime et le traitement médical, mais ne cèdent jamais complètement. En mai 1928, le Dr Vuillemoz note l'existence d'une tuméfaction de l'hypocondre droit qui lui paraît vésiculaire. Depuis trois ans, en l'absence de complications, on note cependant un amaigrissement de 10 kilogs, sans diminution de l'appétit. En mai 1927, la malade souffre à peu près constamment dans

l'hypocondre droit ; douleurs irradiées. Grâce au régime digestion facilitée ; pas de température. Point douloureux nettement localisé au siège vésiculaire par la palpation de l'abdomen. On ne perçoit, ni le foie, ni la vésicule.

Examen fonctionnel des voies biliaires.

Le 17 mai, à la *radioscopie gastrique*, on note un transit normal, mais la persistance du point douloureux qui se projette à l'angle supérieur du duodénum. *Cholécystographie* le 20 mai 1927 : à la 15^e heure pas plus qu'à la 18^e on ne peut déceler d'ombre vésiculaire.

Tubage duodénal le 23 mai 1927 : pas de bile B.

Conclusions : l'absence de vésicule visible et de bile B plaident en faveur d'une lésion vésiculaire ou tout au moins d'un trouble de la fonction vésiculaire.

Intervention le 24 mai 1927 (M. le Professeur Bérard, D^r Mallet-Guy, M. Latreille) : Le diagnostic étant hésitant, on incise sur la ligne médiane et l'on vérifie l'intégrité de l'estomac et de la région pylorique. On découvre ensuite la vésicule par une incision oblique ; elle apparaît un peu épaissie. Bassinet enflammé et adhérent à l'angle supérieur de la 2^e portion du duodénum. Pas de calcul. *Cholécystostomie*, bile retirée est normale, stérile. *Suites opératoires excellentes.*

Exploration fonctionnelle de la fistule biliaire :

Tubage duodénal tenté, mais a échoué.

Examen radiologique : Dès l'injection des premiers cc³ de lipiodol, la vésicule est animée de contractions violentes, et le malade accuse de vives douleurs analogues à celles du début. Le cholédoque se remplit alors instantanément ; il apparaît un peu dilaté. Pendant quelques minutes, le passage d'Oddi reste clos, tandis que la vésicule reste toujours agitée de très vives ondes péristaltiques. Puis l'excrétion biliaire a lieu, mais de façon peu rapide. A la radiographie, 1/4 d'heure après, vésicule en forme

de brioche, cystique normal. Il faut une deuxième injection pour dessiner toute la voie biliaire principale qui est à peu près régulièrement dilatée. La portion pancréatique est séparée de l'ampoule par un sillon. Le confluent est coudé à 120°, l'hépatique montant obliquement à droite.

Le traitement belladonné reste sans influence sur l'écoulement biliaire qui persiste toujours abondant.

7 juillet 1927 ; 2° intervention. (Professeur Bérard, D^{rs} Guilleminet et Mallet-Guy). On dégage sans peine le corps de la vésicule.

Cholécystogastrostomie par incision transversale à trois plans de suture.

Suites opératoires excellentes : la malade est revue, le 28 septembre 1927 en excellente santé, digérant bien, n'ayant pas souffert depuis l'intervention, et ayant repris du poids.

Exploration fonctionnelle de la bouche anastomotique : Cholécystogastrostomie continente, pas de reflux gastrique dans la cavité vésiculaire, même au cours de la manœuvre de chilaïdité.

Ainsi, MM. Bérard, Savy et Mallet-Guy, « se guidant sur le précieux fil conducteur que donne l'analyse physiologique des vésicules dits « de stase », ont pu entrevoir les indications qu'elles offrent à la cholécystogastrostomie. Ils sont d'avis que certainement d'autres mécanismes peuvent intervenir et définissent d'autres formes physio-pathologiques des syndromes vésiculaires pseudo-lithiasiques. Ils est permis de prévoir que l'on pourra cliniquement entrer dans le détail de leur diagnostic, mais, en attendant, ces auteurs croient qu'un premier principe peut être posé : toujours faire d'abord une stomie. Et l'on peut alors pratiquer secondairement la cholécystogastrostomie,

la réserver aux cas qui lui conviennent, c'est-à-dire à ceux qui exigent une dérivation biliaire, à ceux qui comportent un obstacle le long de la voie principale.

Ainsi, ces indications nouvelles de la cholécystogastrostomie peuvent, par une voie détournée, rentrer dans le cadre, mais singulièrement élargi, qui leur a été fixé par Jaboulay.

Pour MM. Bérard et Mallet-Guy, les indications « légitimes » de la cholécystogastrostomie sont donc toujours faites de l'existence d'un obstacle mécanique sur la voie principale.

Cette stricte limitation va à l'encontre de la tendance actuelle, mais ils pensent que « c'est en réalité travailler pour la diffusion de cette intervention, encore trop méconnue, que de la considérer exclusivement comme une opération *de dérivation biliaire* : on peut affirmer alors qu'elle « expose au minimum de risques tout en réalisant au mieux l'indication proposée » (Bérard et Mallet-Guy). Les faits cliniques plaident dans ce sens, mais les auteurs pensent que les seules données physiologiques qu'ils ont dégagées suffiraient à justifier pleinement cette manière de voir.

Classification générale des indications

En conclusion générale, à la fin de notre exposé, l'on pourrait résumer comme suit les indications de la cholécystogastrostomie.

1° *Indication primitive de cholécystogastrostomie :
le Cancer*

Cette indication s'applique également aux cas où l'on est en droit d'avoir une *présomption de cancer* : du pancréas, du cholédoque, ou de l'ampoule.

Nombre de pancréatites méconnues et prises pour un cancer figureront en réalité dans ce cadre et seront toutes traitées par l'anastomose. Mais il faut bien dire qu'en principe la cholécystogastrostomie n'est pas l'opération de choix à opposer à l'inflammation chronique du pancréas.

2° *Les autres indications sont des indications de cholécystogastrostomie secondaire : pancréatites, états vésiculaires douloureux, traités précédemment par un drainage vésiculaire.*

C'est ainsi que se posera le problème des indications en face d'une *fistule biliaire*. L'exploration lipiodolée renseignera sur la cause de la fistule. Elle montrera s'il y a, à son origine, un obstacle qui exige une anastomose :

S'il y a un calcul, on l'enlèvera ;

Si l'on découvre une des lésions que nous avons reconnues pour être des indications de cholécystogastrostomie secondaire, celle-ci sera pratiquée, qu'il s'agisse d'une pancréatite chronique ou d'une vésicule intolérante.

Une observation récente présentée par M le Professeur Patel et M. Mallet-Guy, à la Société de Chirurgie de Lyon (séance du 3 avril 1930, *Lyon Chirurgical*, juillet-août), justifie remarquablement cette manière de voir.

OBSERVATION XVI

(M. le Professeur Patel et M. Mallet-Guy).

Fistule vésiculaire. — Cholécystogastrostomie.

F..., 48 ans. En bonne santé jusqu'en 1924. Cinq grossesses. Aucun antécédent pathologique. Aucun passé digestif.

Début de l'affection à 42 ans par *crises hépatiques nettes*. La température prise à plusieurs reprises ne dépassa jamais 37°8. Pendant 2 ans, crise chaque semaine ; à la fin plus fréquentes et se répétant parfois chaque jour, elle entre à l'hôpital : 1^{re} *intervention en novembre 1926* à l'hôpital Sainte-Foy : *cholécystostomie* ayant permis *l'ablation de cinq calculs*. Disparition des douleurs, mais fistule biliaire persistante abondante. *En juin 1927, cholécysterraphie* suivie bien vite de la réapparition des crises douloureuses qui tendent à devenir presque quotidiennes. *En novembre 1929 : Réouvertures de la bouche cutanéovésiculaire* qui ne suffit pas à faire rétrocéder le syndrome douloureux cependant plus léger. En janvier 1930 la malade entre à l'Hôtel-Dieu.

Exploration fonctionnelle des voies biliaires. (Dr Mallet-Guy). *Examen radioscopique le 21 janvier 1930* : L'injection de lipiodol par la fistule remplit la vésicule qui se vide instantanément pendant que le malade accuse de la douleur ; tout l'arbre biliaire est injecté et d'emblée le lipiodol passe dans le duodénum. Pas d'obstacles sur le cholédoque, pas de calcul. Physiologiquement, cette malade présente le syndrome *d'intolérance vésiculaire*. Le 23 janvier, *tubage duodénal* ; analyse de l'écoulement fistulaire toutes les 3 heures. L'ensemble de ces examens et recherches pratiquées permet de conclure que :

- 1°. Il n'existe pas d'obstacle de la voie principale.
- 2°. Il n'y a pas à l'origine de la fistule, un état de stase

vésiculaire entretenue par un obstacle du cystique, ou une hypersécrétion muqueuse.

3°. Une cholécystectomie est formellement contrindiquée par les réactions vésiculaires intolérantes.

4°. La lésion en cause paraît représentée par un état très spécial du cholédoque, rigide, coudé, adhérent, incontractile, incapable de jouer son rôle normal dans l'excrétion biliaire.

Le 29 janvier 1930, une cholécysto-gastrostomie est pratiquée (Professeur Patel).

Incision en T circonscrivant l'orifice de la fistule et dont la branche verticale descend le long du grand droit. Dissection aisée de la vésicule. L'exploration du pédicule hépatique et du pancréas, ne montre ni tuméfaction, ni calcul. Anastomose au niveau de l'antré pylorique incisé parallèlement aux fibres circulaires. Epiplœoplastie.

Suites opératoires simples. Pas de vomissements bilieux. Disparition totale des phénomènes douloureux.

Enfin, le fonctionnement de l'anastomose cholécysto-gastrique pratiquée suivant la technique de MM. Bérard et Mallet-Guy, fut vérifié le 25 février 1930 par l'examen radiologique et le tubage gastro-duodénal simultané. Il n'est pas indifférent de savoir que chez cette malade :

a) L'estomac présentait une motricité et une évacuation normale. L'épreuve de la sangle abdominale ne déterminait aucun reflux dans la vésicule anastomosée.

2) L'anastomose ne semblait jouer que de façon intermittente. Dans le duodénum s'excrétait toujours une certaine quantité de bile claire.

L'opérée revue le 3 avril est enchantée du résultat obtenu ; elle n'a plus présenté d'épisodes douloureux, digère bien, et malgré quelques écarts de régime, n'accuse plus aucun trouble digestif. Enfin, la reprise de poids est évidente.

Cette dernière observation est la quatrième de ce chapitre, où l'on a fait l'analyse physiologique du fonctionnement de la cholécystogastrostomie pratiquée suivant la technique de MM. Bérard et Mallet-Guy. Nous sommes ainsi tout naturellement conduits à exposer cette technique.

CHAPITRE V

Technique

Nous avons dit, au début de notre étude, que la cholécystogastrostomie était moins dangereuse que l'anastomose cholécystoduodénale. Les dangers de celle-ci tiennent surtout *aux difficultés de la technique*, qui est conduite dans des conditions anatomiques moins favorables.

Avant d'exposer la technique de la cholécystogastrostomie, nous croyons utile de signaler les arguments principaux qui prouvent que l'anastomose duodénale n'est pas aussi anodine que M. le Professeur O. Lambret, de Lille, l'a déclaré (Société de Chirurgie de Paris, 29 juillet 1927). Ces arguments sont les suivants (Cf. Bérard et Mallet-Guy, *Journal de Chirurgie*, mars 1928) :

L'anastomose gastrique est plus facile que l'anastomose duodénale, parce que le duodénum est plus profond, plus fixe que l'antrum pylorique ; et surtout,

comme l'a fait remarquer M. le Professeur Villard, le duodénum est en rapport avec le bassinet de la vésicule, tandis que c'est avec le fond de celle-ci que vient en contact l'estomac. De plus, la paroi duodénale est plus mince; se prête moins bien aux sutures que la paroi gastrique. Enfin, les adhérences établies entre la région bulbaire et la vésicule exposent à des troubles comparables à ceux des cholécystites chroniques. Outre l'éventualité d'une sténose, le seul fait d'une couture possible et d'une adhérence certaine de l'angle duodénal supérieur devrait faire redouter l'opération de la cholécystoduodénostomie

M. O. Lambret l'a soutenue parce qu'elle ferait courir un risque moindre de reflux. MM. Bérard et Mallet-Guy ont pu démontrer que les succès obtenus sont dus à sa technique particulière, qui consiste à enfouir à la Witzel la vésicule anastomosée. Il n'en restait par moins que sur 17 anastomoses pratiquées selon le mode classique, on notait 14 reflux. La cholécystogastrostomie banale est loin d'atteindre un tel pourcentage.

Ces arguments doivent suffire pour que l'on puisse accorder à la cholécystogastrostomie la première place. Toutes ces critiques seraient réduites à néant, c'est encore à elle que nous donnerions notre préférence, car elle apparaît comme plus simple, plus sûre et surtout plus anciennement éprouvée.

Cependant, c'est convaincus de l'inopportunité et du danger d'un tel reflux de chyme gastrique dans la cavité vésiculaire — ce qui apparaît en réalité assez rare — que MM. Bérard et Mallet-Guy ont étudié une

technique qui, théoriquement, leur paraissait capable de supprimer ce reflux, tout en n'ajoutant aucune complication à la technique habituellement utilisée.

1. PRINCIPE. — La technique *habituelle* de la cholécystogastrostomie est calquée sur celle de la gastro-entérostomie : trois plans de suture postérieurs, trois plans de suture antérieurs, encadrant une incision menée de la droite à la gauche sur la face antérieure de l'antré pylorique comme sur le fond de la vésicule. Une telle incision divise en long la couche musculaire superficielle, dont les fibres longitudinales se laissent dissocier par le bistouri traîné parallèlement à leur direction ; mais, ainsi, on sectionne en travers l'épaisse couche de fibres musculaires qui constituent le plan moyen. Or, au niveau de l'antré, on le sait, le plan profond des fibres obliques a disparu ; la couche musculaire, au contraire, y est épaissie et constitue vraiment alors la presque totalité de la tunique musculaire.

La cholécystogastrostomie étant réalisée suivant la technique habituelle, chaque onde contractile, se propageant aux fibres musculaires sectionnées en travers, déterminera évidemment le retrait des lèvres de l'incision et agrandira l'orifice anastomotique au moment précis où la pression augmentera à l'intérieur de l'autre sous l'effort musculaire. De telle sorte que le chyme sera refoulé dans cet orifice maintenu largement béant par le raccourcissement des fibres circulaires contractées.

Aussi, MM. Bérard et Mallet-Guy ont pensé qu'une incision de l'estomac qui, sacrifiant la mince couche

longitudinale, mais respecterait, en les dissociant seulement, les puissantes fibres circulaires, devrait atténuer le risque de reflux alimentaire dans la vésicule : l'orifice anastomotique serait maintenu clos, lors du passage du chyme sous pression, par la contraction même du muscle gastrique.

2. TECHNIQUE. — L'opération reste simple. Il suffit de placer sagittalement le champ sur le fond de la vésicule, de façon à déterminer un bourrelet allongé d'avant en arrière. Puis l'aide amène à son contact l'antré qu'il fait saillir et qu'il comprime à l'aide de deux doigts engagés à sa face profonde. La suture séro-séreuse de la lèvre droite de l'anastomose est faite, puis la paroi antérieure de l'antré est incisée, bien perpendiculairement au grand axe et parallèlement au pylore, sur 3 à 4 cm., ainsi que sur le fond de la vésicule; le surjet du côté droit est effectué, musculo-muscleux et muco-muqueux; on termine par une suture à trois plans des lèvres gauches, des incisions vésiculaire et gastrique qui se font très aisément, si l'on prie l'aide de présenter cette lèvre gauche en avant, par une traction en bas et à droite du corps de l'estomac.

Cette modification très simple de la technique usuelle paraît suffire à assurer une bouche anastomotique à la fois *continente et valvulée*. Nous avons cité quatre observations (XII, XIV, XV, XVI), où a pu être faite l'analyse physiologique du fonctionnement d'une telle cholécystogastrostomie : dans chaque cas, cette technique a paru présenter le maximum de garanties fonctionnelles.

Conclusions

I. — Les indications de la cholécystogastrostomie sont fonction de la définition physiologique de cette opération.

II. — La cholécystogastrostomie ne peut être considérée comme une opération régulière de *drainage* biliaire interne. Il y a là un cercle vicieux : chercher à augmenter ses qualités de drainage par une très large incision gastrique, c'est porter au maximum le risque de reflux et en faire à coup sûr une opération infectante de l'appareil biliaire.

III. — La seule véritable action sûre de la cholécystogastrostomie est une *dérivation*. Jaboulay la réservait aux « occlusions directement irrémédiables du cholédoque ».

IV — Dans les ictères chroniques, le type de l'indication de l'anastomose est le cancer.

Dans les pancréatites chroniques, elle doit être réservée aux cas où le diagnostic le plus probable semble être cancer.

V. — De nouvelles indications ont été proposées, parmi lesquelles doivent être conservées, celles qui s'adressent à certains états vésiculaires douloureux non lithiasiques : indication d'une anastomose secondaire dans certains cas où justement une action de dérivation est intéressante.

VI. — Une technique particulière (Bérard et Mallet-Guy) tend à diminuer le risque de l'infection biliaire ascendante.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, BERARD.
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 5 Novembre 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

La bibliographie générale de la cholécystogastrostomie a été faite en 1925 dans la thèse de M. Mallet-Guy, à laquelle on voudra bien se reporter.

Nous indiquerons les travaux qui, parus depuis sur cette question, nous ont servi dans l'étude que nous avons faite des indications et de la technique de cette opération.

BÉRARD et MALLET-GUY. — Syndromes vésiculaires pseudo-lithiasiques liés sans doute à l'évolution d'une inflammation chronique du pancréas. (*Soc. chir.*, 3 juin 1926 ; *Lyon chirurg.*, XXIII, 633-641).

BÉRARD et MALLET-GUY. — Résultat éloigné d'une cholécystogastrostomie par syndrome bilio-pancréatique (*Soc. chir.* 18 novembre 1926 ; *Lyon chir.* 1927, XXIV, 83-86).

L. BÉRARD, P. SAVY et P. MALLET-GUY. — Du mécanisme de la douleur dans les syndromes vésiculaires pseudo-lithiasiques : vésicules de stase et vésicules intolérantes (*Revue Médico-chirurgicale des Maladies du foie, du pancréas et de la rate*, 6 mars 1928. Vigot frères, éditeurs).

BÉRARD et MALLET-GUY. — Physiologie et technique de la cholécystogastrostomie. (*Journal de chirurgie* 1928, XXXI. 321-339).

- L. BÉRARD et P. MALLET-GUY. — Les indications légitimes de la cholécystogastrostomie (*Lyon chirurgical*, Tome XXVII, N° 1, Janvier-Février 1930).
- BÉRARD et MALLET-GUY. — Résultat éloigné d'une cholécystogastrostomie par syndrome vésical douloureux déterminé par un état pathologique de la voie biliaire principale (vésicule intolérante). (*Soc. de méd. et Sc. Médicales*, 5 février 1930. *Lyon Médical* 1930. CXLV.)
- BÉRARD et MALLET-GUY. — Sur les Pancréatites chroniques avec ictère. (XXXIX^e Congrès français de chirurgie 1930.)
- BROcq et MIGINIAC. — Les Pancréatites chroniques. (Rapport au XXXIX^e Congrès Français de chirurgie 1930.)
- DESPLAS et LUBIN. — Sur un cas de cholécysto-gastrostomie pour pancréatite chronique. Guérison. Accidents consécutifs de pancréatite suraigüe mortelle (*Bullet. et mémoire de la Société Nationale de chirurgie*, 5 juillet 1930.)
- LATREILLE. — Les vésicules avec stase biliaire. (Thèse de Lyon, 1927.)
- LAMBRET. — Sur le drainage interne de la vésicule biliaire. (*Soc. de chir. de Paris*, 29 juin 1927, p. 972-982. Discussion Cunéo-Lecène).
- MALLET-GUY et BARBIER. — L'exploration gastro-duodénale par le tube d'Einhorn. (*Soc. de Méd. et Sc. Méd. juin 1925. Lyon Médical* 1925.)
- MALLET-GUY et BEAUPÈRE. — Exploration radiologique des bouches de cholécystogastrostomie. (*Archives des Maladies de l'appareil digestif*, juin 1926, XVI. 686-706.)
- PATEL et MALLET-GUY. — Résultat clinique et physiologique d'une cholécystogastrostomie. (Société de chirurgie, 23 décembre 1926. *Lyon chirurgical*, 1927, XXIV, p. 347-350.)

PATÈL et MALLET-GUY. — Fistule vésiculaire. Cholécystogastrostomie. (Soc. chir. 3 avril 1930. *Lyon chirurgical*, 1930.)

SANTY. — Cholécystogastrostomie. (Mêmes références.)

SANTY et MALLET-GUY. — La cholécystogastrostomie dans le traitement des syndromes vésiculaires pseudolithiasiques. (Soc. chir. 17 février 1927. *Lyon chirurgical* 1927. XXIV, p. 462-468.)

VILLARD, SAVY et MALLET-GUY. — Pancréatite chronique avec ictère. Cholécystogastrostomie. (*Soc. de méd. et sc. méd.*, 27 mai 1925. *Lyon Médical* 1925.)

VILLARD. — Pathogénie des coliques hépatiques sans lithiasse et leur traitement. (Société de chirurgie de Lyon, séance du 24 février 1927, in *Lyon chirurgical*, tome XXIV, n° 4, juillet-août 1927, p. 471.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	9
<i>Chapitre premier.</i> — Rappel physiologique	11
<i>Chapitre II.</i> — Historique des indications	19
<i>Chapitre III.</i> — Indications anciennes de la cholécystogastrostomie. Les ictères par rétention. .	23
OBSERVATIONS.	25
<i>Chapitre IV.</i> — Indications nouvelles de la cholécystogastrostomie en dehors des ictères par rétention.	47
<i>Chapitre V.</i> — Technique	75
CONCLUSIONS.	79
BIBLIOGRAPHIE.	81

